Anul XVIII. No. 1 — 10 Lei Exemplarul — 1 Ianuarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239,43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. MARIUS NASTA: *Alimentaţia ca problemă fundamentală a sănătăţei publice şi a prosperităţei naţionale* 1

CRONICI

Profesor Dr. P. TOMESCU: *In al XVIII-lea an al „României Medicale"* 7

Dr. AL. CRAINICIANU: *Promovarea elitelor medicale* 8

PROBLEME SANITARE

Dr. L. NISSIM: *Codul familial Francez* 9

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Prof. Dobrovici: Origines de la Biologie. Hippocrate. Bucureşti, 1939 Editura şi Tipografia „Cartea Românească". Un volum în 8°, 194 pagini, recenzat de Prof. Dr. Emil Crăciun. 6

Prof. Dr. Gr. Benetato: Problema Alimentaţiei pentru Individ şi Colectivitate. Ed. «Astra» Secţia Medicală şi Bipolitică şi Institutul de Fiziologie al Facultăţii de Medicină din Cluj. 1939, 252 pagini, recenzat de Dr. P. Râmneanţu . 6

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noui demnitari ai Ministerului Sănătăţei; Apelul Asociaţiei generale a medicilor din România pentru înzestrarea armatei; Un dispensar de consultaţii gratuite pentru studenţii din Capitală; Noua conducere a Societăţei de Radiologie şi Electrologie medicală din România; Noul comitet al Asoc. Internilor şi foştilor interni; Locuri de Medici vacante la Ministerul Sănătăţii; Medici sanitari chemaţi la alegerea locurilor 11

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Omnadin

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului Toleranţă perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-9286, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

40672.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diftерică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.

Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE
TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA
RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatură la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

La copii mici și la sugari

ce sunt adeseaori greu de tratat, s'a dovedit

ANTIPHLOGISTINE

ca un medicament superior.

Cu deosebire în cazuri de pneumonie, bronșită, broncho-pneumonie, unde trebue să se dea atenție la cea mai neînsemnată turburare a micului pacient, este adeseaori suficientă o singură aplicație de ANTIPHLOGISTINE în 24—36 ore.

Eșantioane și literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, București I.

PRODUSE ORIGINALE ROMÂNEȘTI „LABORATORUL HELIOS"

Tratamentul Br. sub forma cea mai ideală și eficace.

NEUROCALMIA

—Etherii borneolului și acidului izovalerianic—Na. Br. — Phenil dimethylizopirazolon— Alcaloizii din Spartium Scoparium.

Flc. orig. 250 gr.

1—6 linguriță pe zi.

Angor=Pectoris=Hipertensiune Aortita cronică,

ANGIOSEDIN

CASCHETE

Phenylethylmalonilcarbamid 0.03 gr. Teophilin=ethylen diamin 0.05—Papaverin 0.02, Chinidină 0.10—Dimethyl dioxipurine 0.25 gr.

2—3 caschete pe zi.

REUMATISM

Acut, cronic, sciatică, lumbago mialgii, astralgii, etc.

POLYSAL

Salicilat de Ca.—Na. K.

Fiole 5% à 10 cc. intravenos.

Sirop. 10%.

Fiole: 1—3 inj. pe zi.

Sirop: 1—3 linguri pe zi.

ASTENIE NERVOASĂ—SURMENAJ—ANEMIE—DEBILITATE

SER NEURODINAMIC A.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr. Methylarsenat disodic 0.05 gr. Strichnin Sulfuric 0.001 gr Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular

1 fiolă la două zile

SER NEURODINAMIC B.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr. Strichnin sulfuric 0.0015 gr. Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular

1 fiolă la două zile

SER NEURODINAMIC C.

Na. glicerophosphoric 0.03 gr. Fer. glicerophosphoric 0.02 gr. Methylarsenat disodic 0.03 gr. Strichnin sulfuric 0.0015 gr. Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular

1 fiolă la două zile

Repr. Generală, Farmacia G. D. VASILIU-CERB, București Calea Victoriei No. 70

Preparatele se găsesc p. farmaciile și drogueriile din întreaga țară la toate depozitele de En-gros din Capitală.

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele acelaș rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul științific, BUCUREȘTI, Str. Doamnei I/II

Schering

Analgezic, antireumatic, antipiretic

NOVALGIN

Inlocuește morfina chiar în cazuri grave de colică hepatică și renală

Administrare per os și în injecțiuni.
In tablete, fiole și flacoane picătoare.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. București I., str. Brezoianu 53, Tel. : 3-92-86.
Sucursala : Cluj, Calea Moților 18, Tel. 37-22.

Anul XVIII. No. 1 — 10 Lei Exemplarul — 1 Ianuarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Alimentaţia ca problemă fundamentală a sănătăţei publice şi a prosperităţei naţionale

de Dr. MARIUS NASTA

Oricare dintre aceia cari se interesează de sănătatea publică în ţara noastră, nu poate să nu resimtă o strângere de inimă şi un sentiment de profundă descurajare, în fiecare lună, când primind buletinul demografic al României, vede pe coperta acestei publicaţii, cele două curbe, una neagră a mortalităţei, cealaltă albă a natalităţii, tinzând cu o ireductibilă perseverenţă, în mod lent dar constant, să se apropie tot mai mult, mortalitatea crescând sau în cel mai bun caz rămânând staţionară, natalitatea într'o permanentă şi tot mai accentuată descreştere.

Şi totuşi, oricare ar fi fost insuficienţa organizaţiei sanitare în ţara noastră, nu se poate tăgădui că în ultimele decenii s'au realizat mari progrese în această direcţie. Numărul de medici, spitale şi dispensare a sporit, pregătirea profesională s'a ameliorat, metode noui terapeutice şi profilactice necunoscute sau neaplicate acum câteva decenii, astăzi au intrat în practica curentă şi sunt accesibile bolnavilor, nu numai în marile centre universitare, dar în cele mai îndepărtate provincii. In profilaxia şi terapeutica bolilor infecţioase, metodele specifice de vaccinare şi seroterapie se aplică pe o scară tot mai întinsă, în fine, nu mai încape îndoială că astăzi, au posibilitatea de a fi vindecaţi, mulţi din aceia cari mai înainte mureau, din lipsa unei îngrijiri medicale competente.

Dacă totuşi mortalitatea e staţionară sau chiar în uşoară creştere, aceasta înseamnă că ceeace, prin această ameliorare a armamentului nostru sanitar, oricât de neînsemnată, dar totuşi reală, se câştigă, ca vieţi omeneşti, este mult întrecută prin sporirea continuă a îmbolnăvirilor şi a deficienţelor fiziologice de tot soiul.

Lucrul nu se poate explica, decât prin aceea că populaţia ţării noastre, opune multiplelor cauze de morbiditate şi mortalitate, o rezistenţă fizică din ce în ce mai redusă. Dovadă şi scăderea natalităţii; căci dacă acest fenomen în multe ţări occidentale, şi poate chiar şi în unele regiuni limitate ale ţării noastre este în funcţiune de o ridicare a nivelului economic, aducând după sine o sporire a instinctului de prevedere şi de conservare a averei, o dorinţă de viaţă mai uşoară şi de securitate materială, rău înţelese dealtfel, cari duc la o limitare voluntară a naşterilor; la noi fenomenul nu poate fi explicat pe această cale, deoarece cum cu toţii ştim, nivelul economic al marei mulţimi a populaţiei este departe de a fi atins acest grad. Descreşterea natalităţii este mult mai probabil datorită unei scăderi a vitalităţei şi unei diminuări a fecundităţei, asemenea acelora care în mod experimental se obţin la animalele supuse unor regimuri nefavorabile echilibrului lor fiziologic.

Dealtfel, nu odată, ci în repetate rânduri, cei preocupaţi de marile probleme sanitare ale ţării şi în special ale populaţiei rurale,—căci într'o ţară cu 16.232.661 de locuitori în mediul rural, la o populaţie totală de 19.852.070; aceasta este pe primul plan al interesului, — şi-au dat seama şi au afirmat că inferioritatea economică şi socială a acestei pături a populaţiei noastre este principala cauză a deficienţei sanitare, este obstacolul de care se lovesc şi principala cauză, care reduce la ineficacitate toate măsurile de ordin sanitar sau igienic prin care căutăm să combatem marea ei mortalitate. Mizeria economică, datorită în primul rând suprapopulaţiei rurale şi mult prea slabei producţiuni pe unitatea de suprafaţă, cu toate consecinţele ce isvorăsc de aci: subalimentaţie, analfabetism, insuficienţă a locuinţei, ignoranţa celor mai elementare precepte de igienă, proasta calitate a muncii, întreţin această deficienţă organică a populaţiei. Din nefericire nici în această direcţie nu putem înregistra progrese, proporţionale cu sacrificiile şi eforturile cari în toate direcţiile s'au făcut şi se fac pentru ridicarea economică a păturei ţărăneşti. Producţia la hectar este tot una din cele mai reduse din câte se cunosc în Europa, cu toate că suntem hărăziţi de la natură cu un sol din cele mai rodnice şi cu bogate şi variate resurse; analfabetismul este încă îngrijorător de mare.

Totuşi, cum am mai spus'o şi pentru armamentul sanitar, nici în această direcţie nu au lipsit măsurile de îndreptare, sau mai bine zis încercările de îndreptare, rămase însă, din nefericire fără succes. Reformă agrară, îndrumări spre o agricultură mai raţională, sporire a căilor de comunicaţie, înmulţire a şcolilor, reorganizare administrativă, cooperaţie, credit agricol, toate, oricare ar fi fost erorile inerente, ar fi trebuit totuşi să dea roade, dacă nu s'ar fi izbit de acel obstacol fundamental pe care-l reprezintă deficienţa fizică a populaţiei noastre rurale, deficienţă care o face incapabilă de acel surplus de efort, de cheltuiala de energie necesară pentru a ieşi din făgaşul rutinei înrădăcinate şi pentru a'şi adapta felul de traiu şi de muncă la exigenţele impuse de condiţiunile economice ale zilei de astăzi.

Iată-ne dar ajunşi, dar numai în aparenţă susţinem noi, în faţa unui cerc viţios, fără ieşire: deficienţă economică, ce face ca toate eforturile de ridicare a stării fizice a populaţiei rurale să rămână fără succes, deficienţă fizică, cum am văzut ireductibilă, care împiedică orice progres în starea economică şi socială a păturei ţărăneşti. In realitate nu cu un cerc viţios, dar cu un labirint avem de-aface, în care cu siguranţă un fir al Arianei ne va putea îndruma spre ieşire, dacă vom şti să-i găsim capătul şi să-l luăm cu încredere de călăuză. Acest fir al Arianei trebue căutat, printre multiplele cauze ale deficienţei fizice şi economice ale populaţiei rurale, în aceea care luată singură în parte, reprezintă viciul de căpetenie al acestei stări de lucruri, a cărei remediere să fie singură capabilă de a declanşa procesul de ameliorare şi refacere, care în acelaş timp să fie de un ordin de mărime realizabil în condiţiile actuale şi cu mijloacele ce ne stau la îndemână.

Ipoteza ce o facem, şi pe care vom căuta să o demonstrăm în rândurile de mai jos este următoarea:

Deficienţa fiziologică şi consecutiv economică a populaţiei rurale, — şi credem în bună parte şi a celei urbane, (pătura muncitorească) — este datorită insuficienţei, în primul rând *calitative* a alimentaţiei.

Această insuficienţă este reprezintată prin *lipsa parţială şi uneori chiar totală de proteine de origină animală*, din această alimentaţie. Acest deficit, deşi mic în aparenţă are consecinţe incalculabile pentru echilibrul fiziologic al individului, pentru structura lui fizică şi morală, dar mai cu deosebire pentru desvoltarea lui în epoca de creştere şi pentru valoarea numerică şi calitativă a descendenţei.

Corectarea deficitului de proteine animale aduce după sine şi o mai bună utilizarea a celorlalte surse de energie: proteine vegetale, glucizi şi lipizi, şi poate astfel transforma la cantitate egală o raţiune cantitativ insuficientă

într'una suficientă. Această corectare pe de altă parte se poate face prin introducerea în alimentaţie, chiar a unei cantităţi mici de asemenea produse — fiind vorba de substanţe care sunt e drept, *indispensabile şi de neînlocuit*, dar care chiar în cantitate mică, am putea aproape zice, printr'o acţiune de prezenţă, îşi pot îndeplini funcţiunea.

Fiind vorba numai de o substituire calitativă a unei părţi a alimentaţiei şi aceasta numai într'o cantitate redusă, ameliorarea alimentaţiei este o operă realizabilă şi de o ordine de mărime ce intră în cadrul posibilităţilor actuale. In orice caz, importanţa pe care factorul alimentar îl are asupra rezistenţei fizice şi în general asupra vitalităţei individului şi a rasei este atât de mare, încât oricare ar fi sacrificiile pe care le-ar impune ameliorarea lui, ele trebuesc consimţite cu convingerea că reprezintă elementul hotărâtor pentru conservarea şi propăşirea neamului.

Iată acum demonstraţia acestor premize: Asupra valoarei alimentaţiei populaţiei rurale avem un oarecare număr de date precise datorite anchetelor făcute în ultimii ani de diferiţi cercetători ca: *Banu* (1927) date extrase din monografiile sanitare întocmite de studenţii facultăţei de Medicină din Bucureşti în cadrul învăţământului igienei, *Aykroyd, Alexa* şi *Nitulescu* (1935), care au studiat 22 de familii din comuna Osoi jud. Iaşi, *Georgescu* (1936) privitor la alimentaţia a 50 de familii din satul Draguş jud. Făgăraş şi 12 familii din satul Corcova jud. Orhei, *Benetato* (1936) care a studiat 182 persoane din com. Măguri din Munţii Apuseni, *Enescu* şi *Radenschi* (1937) care au înregistrat timp de un an zi de zi, alimentaţia a 4 familii din comuna Păncesti jud. Roman. In fine într'un studiu critic *M. D. Mezincescu* (1939), supune unei analize şi unei recalculări datele înregistrate de autorii precedenţi, iar *I. Claudian* într'un studiu istoric arată evoluţia în decursul veacurilor a acestei alimentaţii. Toate aceste informaţiuni ne permit să ne formăm o ideie asupra valoarei nutritive a alimentaţiei ţăranului.

Rezumând, foarte scurt, aceste date, vedem că *Aykroyd, Alexa* şi *Nitulescu* găsesc că valoarea calorică a raţiilor este mare, chiar iarna, acoperind cu siguranţă nevoile de energie. Ele conţin *cantităţi deajuns de mari de proteine, acestea sunt însă mai ales de origine vegetală. Este probabil, prin urmare, că raţiile sunt deficiente în proteine de valoare biologică ridicată (de origină animală).* Este probabil de altă parte că cele mai multe dintre raţii conţin cantităţi prea mari de hidraţi de carbon şi cantităţi prea mici de grăsimi. Consumul de săruri apare drept suficient de mare, afară de cel de Calciu, care este scăzut. Raţiile conţin cantităţi suficiente din toate vitaminele, afară de vitamina B2. In comuna Osoi şi printre persoanele supuse anchetei sunt numeroase cazuri de pelagră.

Benetato ajunge la următoarele concluziuni: Raţiile copiilor cercetaţi sunt insuficiente. Valorile lor energetice se apropie de limitele inferioare admisibile, în schimb compoziţiile lor sunt net defectuoase. *Raţiile nu conţin cantităţile necesare de proteine,* reprezintă aporturi insuficiente de vitamine şi cuprind un exces de generatori de radicali acizi. Deşi în mai mică măsură raţiile adulţilor suferă de aceleaşi neajunsuri. Ele cuprind *cantităţi insuficiente de vitamine şi de proteine* şi cantităţi prea mari de radicali acizi. Raţiile sunt pe de altă parte mult inferioare din toate punctele de vedere acelora descrise în Occident şi în alte părţi ale ţării.

Enescu şi *Radenschi* găsesc că în genere raţiile împlinesc nevoile energetice; numai acelea ale unora dintre copii sunt insuficiente mai ales în epocile de munci agricole. Deasemenea raţiile satisfac nevoile de săruri.

Cantităţile de proteine aduse de raţii sunt de obiceiu suficiente, *raţiile conţin însă cantităţi extrem de mici de proteine animale; în epoci foarte lungi aproape de loc.*

Din analiza critică a cercetărilor precedente ca şi din recalcularea datelor *M. D. Mezincescu* ajunge la concluzia că în general valoarea raţiilor, mai ales în ceeace priveşte proteinele au fost supraestimate neţinându-se seama de coeficientul de utilizare practică a acestora. Faptul că majoritatea alimentaţiei ţăranului e compusă din alimente conţinând proteine de o valoare foarte redusă (mălaiu) face ca aceste raţii să fie în realitate mult inferioare aşa încât deşi cifrele date de autori par să arate că raţiile adulţilor conţin cantităţi de proteine larg îndestulătoare, luarea în consideraţie a calităţii proteinelor din raţii, arată că *aportul proteic est cel mult la limită în două din cazurile cercetate, şi că el este desigur insuficient în al treilea. Mezincescu* mai arată pe de altă parte că *aportul de proteine reprezentat de raţiile copiilor,* aceştia având nevoi mai mari ca adulţii, *este în toate cazurile net insuficient;* reprezintă, spre exemplu, numai jumătate din cantitatea necesară în cazul copiilor din jud. Roman. In ceeace priveşte *proporţia de proteine animale faţă de cele vegetale,* care în Occident este în general de 50%, ea nu reprezintă în cazurile cercetate la noi decât 15% pentru *Osoi,* 22.3% *la Corcova*; 16.8% la *Drăguş;* 22.3% la *Măguri* şi între 5 şi 23% la *Roman* şi aceasta numai timp de jumătate an, iarna şi primăvara, *în cealaltă jumătate de an familiile cercetate neconsumând de loc alimente de origine animală .*

Nu mai insistăm, neavând locul să o facem în cadrul fatal restrâns al acestei expuneri, asupra deficitului în grăsimi şi săruri minerale şi în vitamine, carenţe dintre care unele se traduc prin marea răspândire a pelagrei, care este numai unul dintre indicatorii insuficienţei alimentare. Deasemenea nu facem decât să relevăm inconvenientul pe care-l reprezintă o alimentare aproape exclusiv vegetariană, şi mai ales cu cereale sărace în proteine de calitate superioară, ca porumbul, prin cantităţile mari ce trebuesc absorbite pentru a asigura şi aşa prea redusa raţie de proteine. Vrem deocamdată să punem toată greutatea, în expunerea noastră, asupra importanţei pe care o are *deficitul de proteine şi în special de proteine animale, confirmat de toţi cercetătorii şi care reprezintă inconvenientul major, credem noi, al acestei alimentaţii.*

Multă vreme, în ştiinţa alimentaţiei s'au cercetat şi stabilit numai nevoile energetice ale organismului şi s'a calculat şi apreciat valoarea raţiei alimentare după numărul de calorii procurate organismului, atribuindu-se deci, la aport egal de calorii, o valoare egală diferitelor alimente: glucizi, lipide sau protide.

Cu timpul însă, s'a văzut, pe baza constatărilor empirice mai întâiu şi apoi de cercetări experimentale, importanţa ce o are prezenţa în raţia alimentară, a unui minimum de proteine strict necesar şi indispensabil echilibrului alimentar.

Cercetând din acest punct de vedere diferitele proteine, s'a văzut că nu toate au acelaş coeficient de utilizare practică, fapt de mare însemnătate, căci după cum susţine *Terroine «ceea ce importă să cunoaştem nu-i cantitatea de proteine ingerată de un individ ci măsura în care este folosită de organism».* Din acest punct de vedere vedem că faţă de unele alimente cu coeficient de utilizare practică ridicat, ca laptele şi ouăle cu 90, carnea cu 76, făina de grâu are un coeficient numai de 45, iar cea de porumb (mălaiul), abia de 35, iar în cazul creşterii valorile acestea nu mai sunt decât de 62.7; 46.9; 31.9 şi 16.1 pentru porumb.

Calculând valoarea biologică a diferitelor proteine, după procentul de proteină proprie a corpului pe care ingestia lor o scuteşte de pierdere *Lusk* găseşte următoarele valori: Carne 104; lapte 100; peşte 95; orez 88; cazeină 70; mazăre 56; făină de grâu 40; făină de porumb 30.

Cauza acestei deosebiri biologice rezidă, după *Lusk*, în conţinutul diferit al acestor proteine în acizi aminaţi, după cum au arătat în modul cel mai demonstrativ experienţele pe animale în creştere. *Willcock* şi *Hopkins* au

KLIMAKTON

«Knoll»

are efect cauzal şi simptomatic împotriva

tulburărilor menopauzei

ca bufeurile de căldură, stările de excitaţie, sudaţiunile profuze, durerile de cap, insomnia, etc.

Rp. Dragee Klimakton «Knoll»
Ambalaj original cu 20 bucăţi
Ambalaj original cu 50 bucăţi

De 3 ori pe zi 1-2 dragee.
Adesea sunt de ajuns şi 2 dragee pro die.

Eşantioane şi literatură prin:

«KNOLL» S. A. R., Produse chimico-farmaceutice

BUCUREŞTI III, Str. Atena, 29

Cardiazol-Chinină «Knoll»

La pneumonie,

bronchopneumonie,
pneumonie gripală,
pneumonie lobară

1-3 ori pe zi 1 fiolă intramuscular;
după culminaţiunea boalei de 3 ori
pe zi câte 1 drageeă.

La bronşită, gripă

2-3 ori pe zi câte 2-3 dragee;
se administrează şi ca profilactic.
In caz de necesitate 1 fiolă.

La inerţie uterină primară,

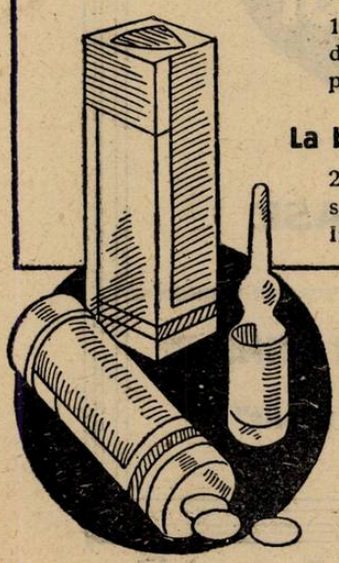
mai ales în perioada de dilatare, la scurgerea prematură a lichidului, precum şi la avort febril

tot la 1 oră 1 drageeă, până la maximum 4 bucăţi.
Parenteral: 3 fiole în răstimpuri de 20-40 minute.

La hiperchineziile inimii,

tachicardie paroxistică,
aritmie cu extrasistole,
hiperexcitabilitatea inimii

2-3 ori pe zi 2-3 dragee,
resp. odată sau de mai multe ori pe zi 1 fiolă.



Dragee Cardiazol-Chinină «Knoll»
20 bucăţi în ambalaj original.
1 drageeă conţine 0,05 gr. Cardiazol + 0,1 gr. chinină hidroclorică.

Fiole Cardiazol-Chinină «Knoll» à 1,1 cm³
5 bucăţi în ambalaj original.
1 cm³ conţine 0,1 gr. Cardiazol + 0,25 gr. chinină lactică.

«KNOLL» S. A. R.

Produse chimico-farmaceutice BUCUREŞTI III, Strada Atena No. 29.

NOVARSENOBENZOL BILLON

RĂMÂNE MEDICAMENTUL CEL MAI INDICAT AL

TRATAMENTULUI DE ASALT AL SIFILISULUI

INJECȚII ÎNTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC frères & "USINES du RHONE"

DRÉVILL

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

preparat un regim în care *caseina* era singurul aliment proteic şi au obţinut o bună creştere la şoareci; îndată însă ce caseina a fost înlocuită cu *zeina*, principalul constituent proteic al porumbului, animalele au scăzut în greutate şi au murit după 17 zile; adăogând la această raţie *tryptophan*, animalele au trăit 32 zile.

Osborne şi *Mendel* au arătat că *zeina* şi *glutelina* constituesc 72% din conţinutul proteic al porumbului; dintre acestea *glutelina*, care se găseşte cam pe jumătate cât *zeina*, este o proteină completă conţinând toţi acizii aminaţi necesari creşterei, însă proporţia acestora nefiind suficientă nu se poate obţine decât o creştere foarte redusă. *Adăugirea unei mici cantităţi de proteine ca lactalbumina, la un regim conţinând numai proteine din porumb asigură imediat o creştere normală. Hart* şi *Mc. Collum* au arătat că purceii hrăniţi în timpul creşterii numai cu porumb sau grâu, la o ingestie de 109 şi 103 calorii, cu un conţinut de 10.5 şi 11% proteine, reţin numai 20% din acestea din urmă, pe când la o ingestie de 94 calorii cu 15.5% proteine din lapte smântânit, reţin 63%. Deşi, cum arată aceşti autori făina de grâu, pe lângă *gliadină* care nu asigură creşterea, conţine şi *glutelină*, care este un factor de creştere, totuşi inferioritatea ei faţă de o proteină animală ca *lactalbumina*, este evidentă.

E interesant deasemenea de reţinut că *lactalbumina* e superioară *caseinei* prin aceia că acesteia din urmă îi lipseşte *cystina* neconţinând decât 0,6%; deasemenea, mai crede *Lusk*, superioritatea ei în favorizarea creşterii rezidă şi într'o mai favorabilă grupare a proporţiei diferiţilor acizi-aminaţi. *Osborne* şi *Mendel* constată că la un animal tânăr a cărui creştere este oprită la un regim conţinând ca proteină numai *zeina*, căreia îi lipseşte *lysina* şi *tryptophanul*, creşterea reîncepe dacă i se adaogă aceşti acizi aminaţi, sau o proteină ca *lactalbumina*, care-i conţine pe amândoi. Tot ei au arătat că, după cum valoarea biologică a unei proteine este mai mare, cantitatea minimă în care este necesară desvoltărei se reduce tot mai mult; astfel pentru *lactalbumină* proporţia minimă în care mai poate asigura creşterea este 4.5%, pe când pentru o proteină de valoare inferioară cum e *caseina* creşterea se opreşte când proporţia scade sub 12%.

Toate aceste cercetări au dus pe *Osborne* şi *Mendel* la formularea *legei minimului* după care cantitatea necesară şi suficientă a unei albumine date, care trebue să figureze în raţia alimentară a unui animal pentru a-i asigura creşterea şi echilibrul azotat, este determinată de procentul în care intră în compoziţia ei acidul aminat indispensabil, prezent în cea mai mică cantitate. In fine, cum au arătat *Randoin* şi *Simonet* pentru vitamina B, *Randoin* şi *Alquier* pentru sărurile minerale, şi *Terroine* pentru proteine, prezenţa acestor elemente în proporţia necesară, nu numai că satisface nevoile organismului rezultând din rolul specific al fiecăreia din aceste substanţe, dar asigură în acelaş timp şi utilizarea optimă a celorlalte alimente energetice: glucizi şi lipizi. Echilibrul alimentar nu este asigurat, aşa dar, numai prin prezenţa în cantităţile minime necesare a fiecărui din elementele componente calculate după valoarea lor energetică dar şi prin proporţia în care aceste elemente se găsesc faţă de proteine, vitamina B. şi sărurile minerale, proporţie necesară pentru a asigura condiţiile optime de utilizare.

La lumina acestor fapte, este explicabil de ce *Orr*, în urma unei anchete pe care a întreprins-o asupra alimentaţiei poporului englez, găseşte că, deşi din punct de vedere cantitativ raţia alimentară este suficientă la toată populaţia studiată, în schimb însă din punct de vedere calitativ, ea este defectuoasă, la 50% din populaţie. Dar aceste fapte ne fac mai ales să înţelegem şi să vedem în adevărata ei lumină insuficienţa cantitativă şi mai cu deosebire calitativă a alimentaţiei poporului român.

Această insuficienţă, care la lumina acestor date reiese mult mai importantă, decât ni s'ar fi părut la prima vedere, nu poate să nu aibă grave consecinţe asupra stărei fizice a populaţiei. In unele cazuri speciale şi extreme ea determină *pelagra*, plagă a multor regiuni din ţara noastră; rău, care deşi evident şi vizibil, este tocmai prin aceasta, mai puţin grav decât consecinţele ei inaparente dar mult mai profunde. Cum prea bine susţine *Lusk*, foametea propriu zisă sau insuficienţa cantitativă e mult mai puţin gravă, fiindcă e aparentă şi evidentă, şi chiamă imediat remediul, cu ori ce sacrificiu, decât decăderea lentă şi progresivă pe care o determină insuficienţa calitativă, care nefiind aparentă şi traducându-se numai prin consecinţe indirecte şi îndepărtate nu-şi desvăluie adevărata cauză şi nu provoacă măsurile de ameliorare necesare.

De aceia şi pentru poporul nostru, mult mai gravă decât problema pelagrei, rău evident dar relativ limitat, este decăderea fizică generală pe care o aduce cu sine alimentaţia calitativ deficitară, în special în proteine animale, fără a mai vorbi de celelalte carenţe, asupra cărora nu avem informaţii destul de precise şi al căror efect putem să-l lăsăm deocamdată pe al doilea plan, faţă de gravitatea fundamentală şi primordială a celui dintâiu factor.

Am arătat că deficienţa în proteine animale se resimte în modul cel mai evident şi acut în perioada de creştere a organismului animal; ea este tot atât de resimţită în perioada sarcinei şi a alăptărei. Când vedem că de către comisia technică a Comitetului de Igienă a Ligei Naţiunilor (1935-36) se recomandă ca alimentaţie optimă pentru copii şi adolescenţi până la vârsta de 14 ani, o raţiune alimentară zilnică în care intră pe lângă celelalte alimente protectoare (proteine şi vitamine) şi energetice (glucizi şi lipizi) o cantitate de 1000 gr. de lapte, iar *pentru femeia însărcinată se insistă că aceasta are o şi mai mare nevoe de alimente protectoare*, ne dăm seama ce răsunet trebue să aibe asupra copiilor noştri de la ţară, o alimentaţie care din momentul concepţiei şi până la vârsta adultă este constant deficitară, uneori până la absenţa absolută, în proteine animale. *Orr* a putut stabili, în vasta lui anchetă, cuprinzând toată populaţia Angliei, clasificată pe categorii după venit şi regim alimentar, că există în mod constant deosebiri apreciabile de talie, la vârstă egală, în detrimentul categoriilor cu alimentaţie deficientă. In ultimele decenii, paralel cu ameliorarea generală a regimului alimentar s'a înregistrat la toate clasele o sporire a taliei, diferenţele între diferitele categorii menţinându-se însă. Tot el aduce şi contraproba rolului hotărâtor pe care-l are alimentaţia ca factor de creştere, căci în şcolile în care s'a corectat defectul alimentaţiei prin suplimente de lapte, s'a obţinut un spor în creştere de 20—50% faţă de aceia a grupurilor de copii rămaşi la regimul defectuos. Dar creşterea este numai unul din criteriile de apreciere, cel mai evident şi poate mai obiectiv; alte fenomene dovedesc că răsunetul e mult mai profund.

Paralel cu ameliorarea creşterei s-a înregistrat o diminuare a morbidităţei prin boale infecţioase în general şi tuberculoză în special, a cariei dentare, a rahitismului şi *mai ales o evidentă transformare psihică şi intelectuală, copiii devenind mai vioi, mai atenţi, mai disciplinaţi şi instrucţia lor făcând progrese mai rapide.*

La organismul adult, criteriile de apreciere a influenţei pe care o au regimurile deficitare, sunt mai puţin evidente. Experimental, pe animale s'a putut înregistra mai ales în decursul generaţiilor, *o treptată scădere a fecundităţii*, sarcinile devenind mai rare, puii mai puţin numeroşi şi de talie mai mică. Loturi de şoareci hrăniţi diferit, unii cu, alţii fără adaus de lapte, au arătat *o mai mare morbiditate şi mortalitate prin infecţii* la condiţiuni de contagiune egale, printre indivizii din a doua categorie. In fine, printre popoare nu sunt oare acelea în a căror alimentaţie proteinele animale ocupă un loc mai mare în a-

celaș timp acelea care dau dovadă de un mai mare dinamism, de o forță creatoare în toate domeniile, superioară aceleia de care sunt capabile popoarele hrănite exclusiv cu cereale. Apatia incurabilă a popoarelor extrem orientale, nu este oare asociată cu alimentația lor exclusivă cu orez și cum a arătat *Gaudu cheau* faptul că printr'o schimbare a acestei alimentații s'a putut obține în coloniile franceze, la anumite grupuri de indivizi, o completă transformare în ceeace privește puterea de muncă, vioiciune, adaptare la civilizație, nu dovedește rolul precumpănitor al alimentației?

S'a adus ca argument contra acestui fel de a vedea, exemplul poporului japonez, ale cărui progrese technice și al cărui dinamism au părut că dau o desmințire acestei concepții. O cercetare a literaturei ne-a convins de netemeinicia acestei obiecțiuni. Din lucrarea «*The food in Japan*» întocmită de *E. Ch. Grey*, din însărcinarea organizației de Igienă a Ligei Națiunilor, reiese că alimentația exclusivă cu orez are cele mai grave repercursiuni asupra sănătății poporului japonez. Mortalitatea generală este foarte mare, cea infantilă enormă, durata medie a vieței redusă, tuberculoza e foarte răspândită. Ca o consecință a enormei cantități de cereale și de celuloză ce organismul e obligat a ingera pentru a-și procura rația de proteine necesară, afecțiunile gastro-intestinale sunt atât de răspândite încât reprezintă o cauză de mortalitate tot atât de importantă ca tuberculoza. Rația alimentară este după acest autor atât de redusă, și resursele țărei exploatate la maximum, încât o reducere a primei fiind de neînchipuit, față de înmulțirea constantă a populației, expansiunea spre alte teritorii este o necesitate cu adevărat vitală și explică poate, credem noi, printr'o sforțare supraomenească determinată de spectrul foametei, mai mult decât prin vitalitatea și forța fizică a națiunei, dinamismul acestui popor.

In concluzie autorul ajunge la următoarele considerații, cari, credem, se potrivesc în totul și pentru țara noastră: «*Alimentația japonezului e deficientă mai ales în proteine și aceasta din cauză că proteinele ingerate sunt aproape exclusiv vegetale. Pericolul acestei insuficiențe calitative este mai mare decât al celei cantitative (aceiași părere ca Lusk); căci pe când aceasta din urmă e evidentă și se caută imediat un remediu, prima rămâne ascunsă, ca isvor al răului, reducând treptat vitalitatea poporului*». Punând «*român*» în loc de «*japonez*» avem expusă și situația dela noi, aceleași cauze determinând aceleași efecte.

Astfel limitată problema, vom vedea că soluția ce se impune este mult mai ușor de găsit și mai ales că este din domeniul realizabilului. De astă dată avem capătul firului și nu ne mai învârtim fără speranță în cercul vițios în care de la începutul expunerei noastre păream angajați. In adevăr nu mai vorbim acuma, în termeni generali, de necesitatea ridicării stării economice și sociale a păturei rurale ca o condiție indispensabilă și primordială a ameliorării situației sanitare, ci limităm problema la ameliorarea alimentației și chiar în acest cadru restrâns o reducem și mai mult *la corectarea principalului defect al acestei alimentații: lipsa de proteine animale.*

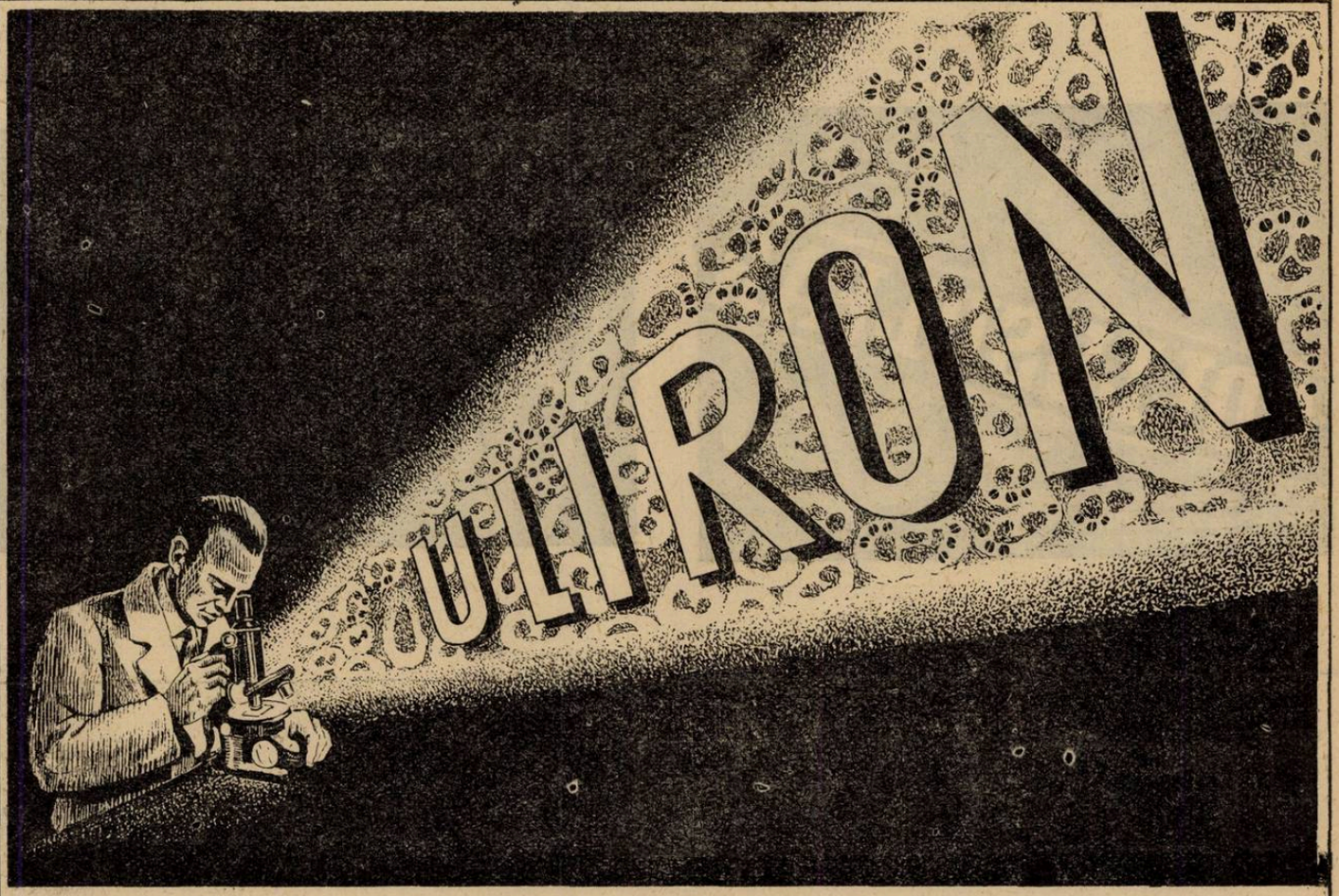
Din cele expuse, am văzut că exigențele organismului în această materie nu sunt, cantitativ, mari, dar e drept, atât cât sunt, sunt ireductibile; adică există un minimum subt care ele nu pot scădea fără a prejudicia în mod grav echilibrul alimentar. Că o sporire peste acest minimum poate fi din multe puncte de vedere avantajoasă pentru organism, este probabil, dar în orice caz nu este indispensabilă și pentru moment nu aceasta ne preocupă. Nu aspirăm încă, după cum prevăd *Randoin* și *Simmonet* că grație științei alimentare va fi într'un viitor nu prea îndepărtat posibil, să realizăm după dorință grație regimurilor anume întocmite, tipuri umane diferite, unele adaptate de pildă muncei fizice, altele celei intelectuale. Telul nostru e mult mai modest și ne-am mulțumi să menținem un tip suficient de adaptat condițiilor actuale de traiu, pentru ca evoluția mortalității sale să înregistreze o tendință constantă la scădere, iar aceia a natalității să rămână cel puțin staționară.

De aceia nici nu pretindem dintr'o dată o radicală și totală schimbare a felului de alimentație, irealizabilă de altfel, ci numai o completare a celei actuale prin minimul necesar de proteine animale, reprezentat prin *forma cea mai simplă, cea mai accesibilă și în acelaș timp și biologic cea mai valoroasă, care este laptele.* Aceasta cu atât mai mult, cu cât prin aceasta nu facem decât să cerem revenirea la forma primitivă de alimentație a poporului român, formă adaptată vieței pastorale care vreme de atâtea secole i-a fost proprie, dar care este compatibilă și cu o viață agricolă. Cum atât de demonstrativ a arătat *Claudian*, în interesanta-i lucrare asupra alimentației poporului român, alimentația cu fierturi, de meiu mai înainte, de mălaiu de porumb mai în urmă, este o formă de alimentație proprie popoarelor pastorale și-și găsește o firească împlinire în laptele și derivatele lui de care aceste populații dispun, realizând astfel un regim cât se poate de echilibrat. Prin urmare din punct de vedere al tradițiilor nici nu ar fi nevoie de o prea mare violentare a celor existente, căci deși aceia a unei alimentații de tip pastoral este mult redusă în viața actuală a populației rurale, totuși mai persistă suficient pentru a putea fi redeșteptată.

In al doilea rând, nevoia de proteine animale, deși imperioasă, nu este cantitativ prea mare, poate că chiar ea este împlinită până aproape de acel minimum indispensabil echilibrului alimentar, și că ar fi de ajuns un adaus nu prea mare, dar permanent, pentru ca acest minimum să fie atins și astfel, deodată, prin trecerea peste acest prag, efectele fiziologice să se facă resimțite. Am arătat, de pildă, cum, pentru lactalbumină, superioară tuturor celorlalte proteine ca acțiune asupra creșterei, acest minimum e foarte redus: 4.5% din rația alimentară. Imediat de desubtul lui, creșterea încetează, dar odată atins, ea își reia cursul. Dealtfel chiar practica dovedește acest lucru; impresionantele rezultate obținute de *Orr*, pe care le-am citat mai sus, au fost obținute prin completarea rației alimentare deficiente a copiilor de școală, printr'un singur pahar de lapte, chiar smântânit, zilnic. Personal am constatat la o școală primară a unui orășel de provincie unde două inimoase femei organizaseră o cantină școlară, creșteri în greutate până la 5—6 kg. în câteva luni, numai în urma distribuției zilnice a unui pahar cu lapte și a unei bucăți de pâine.

Introducerea laptelui, în rația zilnică, și aceasta chiar în cantitate nu prea mare, ar putea deci dintr'o dată transforma valoarea alimentară a rației actuale, realizând echilibrul alimentar, cu toate consecințele ce derivă de aci, pentru desvoltarea organismului și menținerea lui în bune condițiuni fiziologice. Această corectare a desechilibrului proteic, cu răsunet asupra unora din cele mai importante funcțiuni de desvoltare și conservare a organismului, va fi începutul unei redresări a acestuia, care va permite apoi ca treptat, treptat, ameliorarea condițiilor fiziologice și consecutiv și a celor economice să-și urmeze progresul. Cu alte cuvinte *ne-ar permite să trecem peste punctul mort, să învingem prima și fundamentala rezistență din calea acestui progres.*

In mod practic, pentru realizarea acestui deziderat, trebuesc măsuri de ordin educativ și de ordin economic. Ca măsură de ordin educativ, dar îndeplinind totdeodată și cel mai urgent deziderat al acestei reforme alimentare, fiindcă-și găsește aplicarea tocmai la vârsta când deficitul proteinic este în modul cel mai intens resimțit, primul pas ar fi introducerea obiceiului de a se da zilnic copiilor de școală primară câte un pahar cu lapte. Știm că această măsură nu poate fi reali-



Preparatul chimioterapeutic contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul BLENORAGIEI pentru administrarea pe cale bucală.

«Ulironul marchează incontestabil un progres însemnat în chimioterapia blenoragiei. Efectele sale întrec pe acelea ale altor preparate şi permit într'un procent important vindecarea pe cale bucală, ceeace înseamnă un progres remarcabil».

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop şi Dr. P. Cirlea, „Clujul Medical" 11-1938.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18. Tel. 37-22.

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC — ANALGETIC **REVULSIV — TOPIC**

NEUROSEDATIVUL CU ACŢIUNE CONSTANTĂ

DRAGELE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

zat decât dacă această distribuţie e gratuită, prea puţine din gospodăriile rurale dispunând de vaci sau de mijloace financiare pentru a face faţă cheltuelei ce aceasta ar reprezinta. In majoritatea cazurilor ar trebui să cadă în sarcina comunelor, care ar putea să fie obligate să aibă, ca proprietate a comunei numărul de vaci necesare, pentru a procura acest lapte.

Lucrul este atât de important, şi din punct de vedere al educaţiei rezultatele învăţământului ar fi în aşa măsură ameliorate, încât foarte curând se va vedea că chiar dacă Ministerul Educaţiei ar contribui cu importante subvenţii în acest scop, sacrificiile ar fi compensate prin calitatea rezultatelor obţinute, cu mai puţină muncă şi într'un timp mai scurt. Căci, la ce folosesc toate sacrificiile făcute cu personalul, localul, materialul didactic, dacă toată această trudă nu produce ca rezultate decât numai 50% din ce ar putea produce când s'ar adresa unor copii fiziceşte ameliorati.

Acelaş interes îl are la această operă Ministerul Sănătăţii, căci chiar limitată deocamdată numai la vârsta copilăriei, totuşi cei câţiva ani de desvoltare petrecuţi în bune condiţii fiziologice, vor avea răsunet nu numai asupra morbidităţei proprii acestei vârste, dar în acelaş timp şi asupra vârstei adulte la care aceşti copii vor ajunge mai apţi şi mai bine desvoltaţi. Ştim de alt fel că problema alimentării copiilor de şcoală intră în preocupările conducătorilor sănătăţei publice, şi mişcarea pornită pentru înfiinţarea cantinelor şcolare este o dovadă a acestei preocupări. Credem însă că nu i s'a dat locul de *măsură primordială şi fundamentală pe care-l ocupă în redresarea fizică a populaţiei rurale*, ca şi de educare a acesteia, şi poate că nici nu s'a insistat suficient asupra directiei în care trebuie făcută această corecţie a alimentatiei, anume în aceia a satisfacerei deficitului de proteine animale.

Pentru introducerea laptelui în alimentaţia adultului, — şi aci prioritatea va trebui dată în special femeilor şi mai ales în timpul sarcinei, — desigur că vor fi de învins mai multe greutăţi, mai întâi în ceeace priveste adoptarea acestui mod de alimentaţie, dar mai ales în ceiace priveşte procurarea alimentului.

Din nefericire numărul de animale producătoare de lapte, vaci şi oi, de care dispunem, este insuficient pentru a satisface aceste nevoi, şi mai ales pentru a ajunge acolo ca laptele să se găsească în aşa fel la îndemâna ţăranului încât el, în mod firesc şi fără nici un îndemn din afară să recurgă la acest fel de alimentaţie asa cum făcea în epocile trecute când viata poporului român era cea pastorală, sau chiar în cele mai apropiate chiar, când creşterea vitelor mai era încă una din îndeletnicirile de căpetenie ale poporului şi o ramură de producţie şi bogăţie cel puţin egală, dacă nu mai mare, ca aceia reprezintată prin cultura şi exportul cerealelor.

Numai pe măsură ce această ramură de producţie a luat locul de căpetenie, şi din nevoile economice şi politice ale vremurilor a devenit principalul izvor de bogăţie, creşterea vitelor a pierdut din importanţă şi numărul lor a scăzut în aşa fel încât astăzi ele nu mai fac parte din inventarul obligator al fiecărei gospodării nici măcar ca animale de tracţiune. Graţie acestui proces, analizat în lucrarea mai sus pomenită de *Claudian*, proces care a adus după sine, nu numai reducerea păşunilor, a pădurilor, dar şi desfiinţarea râmnicelor sau lacurilor artificiale care în interiorul ţărei întreţineau o bogată producţie de peşte, alimentaţia ţăranului, perfect echilibrată atâta timp cât la mămăligă se adăoga laptele şi derivatele lui, şi într'o oarecare măsură peştele, a ajuns la acest regim deficitar pe care-l constatăm astăzi.

Nimeni nu s'a gândit că era drept ca această imensă bogăţie pe care o aducea în ţară aurul ce intra pentru cerealele exportate, să-şi reverse o parte măcar din binefaceri asupra producătorului acestei bogăţii. Cum de starea lui pe acele vremuri nu se preocupa nimeni, i s'a luat de sub mână si dela gură, tot ce era mai de pret în hrana lui şi i s'a lăsat numai mălaiul care nu-i poate satisface nevoile organismului.

Nu este o exagerare să spunem că această politică de cerealism excesiv, fără consideraţie pentru nevoile fiziologice elementare ale păturei producătoare a fost o adevărată spoliaţiune a însăşi capitalului biologic al naţiunei pe care generaţiile trecute au săvârşit-o exportând nu numai cereale, dar însăşi trupul şi sângele muncitorului ogoarelor.

Din nefericire, în momentul în care pătura conducătoare a ţărei a început a pune în fruntea preocupărilor sale, ridicarea economică şi socială a ţărănimei, răul era prea mare pentru a putea fi remediat şi deficienţa fiziologică a ţăranului a opus cel mai neînfrânt obstacol tuturor încercărilor de ridicare a stării lui. Dar, nenorocire şi mai mare, — şi aci se adevereste pentru noi ca şi pentru Japonia, adevărul afirmaţiei lui *Lusk* că deficienţa calitativă a alimentatiei e mult mai periculoasă decât cea cantitativă fiindcă trece neobservată, — această principală deficientă a ei, lipsa de proteine animale a trecut neobservată, a rămas cu desăvârsire ignorată, şi, am putea spune, încă nu este apreciată la justa ei valoare, judecând după importanţa insuficientă, dacă o privim din acest punct de vedere, ce se acordă creşterei vitelor în ţara noastră.

După afirmaţiile făcute încă de curând în ziarul «Universul» de către redactorul paginei agricole, d. *Grinţescu*, rezultă că numărul vitelor cornute este îngrijitor de mic în ţara noastră şi manifestă o tendinţă de scădere. E drept că şi promovarea acestei ramuri de producţiune intră în cadrul preocupărilor conducătorilor agriculturei noastre, şi este menţionată în îndrumările şi îndemnurile ce se dau agricultorilor, însă pe acelaş plan cu celelalte ramuri de producţie şi fără a i se acorda importanţa ce se cuvine unui izvor nu numai de bogăţie, din care punct de vedere ea poate fi chiar de însemnătate secundară, dar ca izvor, prin alimentaţia ce oferă, al unuia din elementele fundamentale ale existenţei poporului.

Stim că problema nu mai este aşa de simplă acuma, şi că nu se mai poate, în condiţiile actuale economice, reveni la o creştere de vite prin sistemul păşunatului liber. Dar o intensificare prin cultura obligatorie a plantelor furagere e posibilă, o protecţie a capitalului animal prin interzicerea tăierei şi consumărei viţeilor ar fi deasemenea eficace.

Rentabilitatea sistemului de alternantă: vite de muncă în timpul verei, animale puse la îngrăşare în timpul iernei a fost preconizat ca foarte avantagios, nu de mult de d. *Garoflid*. In fine, porumbul care se exportă pentru hrana vitelor în alte ţări ar putea fi utilizat în acest scop pe loc, favorizând creşterea şi exportul lor. E adevărat că e mai greu de organizat exportul de animale şi de carne, decât acela al cerealelor, dar toate eforturile şi sacrificiile sunt justificate dacă tinem seamă de scopul final urmărit, care este, ridicarea valorii biologice a poporului nostru.

Căci nu trebue să uităm că oricare ar fi rentabilitatea financiară a producţiei şi exportului de cereale, ea nu va putea niciodată asigura ţăranului, în aceeaşi măsură ca abundenta de vite, alimentaţia de origine animală indispensabilă sănătăţei şi însăşi existenţei lui.

Acest prim pas odată făcut, vom intra însfârşit pe calea progresului, vom vedea oprindu-se această creştere a mortalităţei şi scădere a natalităţei care cu drept cuvânt ne îngrijorează atâta, iar toate sacrificiile făcute pentru ridicarea culturală, economică şi socială a poporului, pentru prevenirea şi vindecarea bolilor, vor găsi un teren în care însfârsit ele vor putea da roadele, pe cari de atâta vreme, în zadar le aşteptăm.

REVISTA CARŢILOR

Prof. A. Dobrovici: Origines de la Biologie. Hippocrate. Bucureşti, 1939, Editura şi Tipografia «Cartea Românească» un volum în 8°, 194 pagini.

Lucrarea d-lui Profesor Anton Dobrovici aduce orizonturi noui în ce priveşte problemele fundamentale ale biologiei şi ale filozofiei medicinei.

Tema generală o formează paralela între principiile hippocratice şi achiziţiile sau preocupările medicinei moderne din punct de vedere al biologiei.

Pentru aceasta, autorul comentează pasagiile cele mai caracteristice, anume grupate şi indică de altă parte care este aspectul actual la care doctrina medicală s'a raliat. Este greu de indicat aci, pe scurt cât de sugestivă este această paralelă, şi cât de multe sunt punctele comune, între antici şi moderni.

Patologia geografică, influenţa mediului ambiant, biotipologia, epidemiologia, ereditatea, teoria humorală, dietetica, igiena individuală şi colectivă au preocupat pe iniţiatorul medicinei şi au rămas încă probleme de actualitate.

Neo-hippocratismul ne apare astăzi ca o sinteză necesară, logică, după un secol şi jumătate de studiu analitic al fenomenelor vieţii. Organismul formează un tot, iar manifestările şi reacţiile sale sunt rezultat a intereacţiunii dintre mediul ambiant şi individ. Acesta, la rândul său exprimă caractere şi tendinţe ereditare mai mult ori mai puţin modificate de caracterele căpătate şi de tendinţele dominante.

Este tot aşa de greu de amintit detaliile şi exemplificările, uneori foarte isbitoare, pe cari le-a culeş autorul.

Malarioterapia, tratamentul prin şoc humoral sunt clar indicate, printre altele de părintele medicinei. Observaţia sa sigură, interpretarea luminoasă a celor mai semnificative fapte alese în cursul unei întregi vieţi de călătorii în tot cuprinsul lumii pe atunci cunoscute Helenilor, — puterea de generalizare, siguranţa logicei, pe cât promitea premizele, cu un cuvânt: diversitatea geniului hippocratic ne sunt redate într'un chip deosebit de sugestiv.

Este o adevărată actualizare a doctrinei hippocratice, întreprinsă dintr'un cult al antichităţii, şi realizată într'un spirit de vastă sinteză a problemelor şi doctrinelor de astăzi.

O asemenea sinteză vădeşte din partea d-lui Profesor Dobrovici, nu numai o largă şi sigură informaţie în diferitele domenii ale medicinei, dar mai ales o mentalitate, o atitudine hippocratică.

Expunerea metodică, stilul curgător, simplu, elegant, de o claritate attică, dau o formă plăcută şi atrăgătoare acestei opere de înaltă erudiţie.

Redactarea în limba franceză, asigură acestei lucrări o mare difuziune.

Dacă mai menţionăm excelenta calitate a tipăriturei, este pentru a insista asupra deosebitelor merite ce-şi asigură tot mai larg, cea mai mare casă editoare din România.

Prof. Dr. EMIL CRĂCIUN

Prof. Dr. Gr. Benetato: Problema Alimentaţiei pentru individ şi colectivitate. Ed. «Astra» Secţia Medicală şi Bipolitică şi Institutul de Fiziologie al Facultăţii de Medicină din Cluj, 1939. 252 pagini.

Lucrarea aceasta reprezintă o importantă contribuţie la cunoaşterea igienei sociale a poporului Român. E o închinare fericită a muncii din laborator cu activitatea pe teren. E aplicarea ştiinţei în necesităţile vieţii poporului, după cum s'a exprimat d. profesor dr. *Iuliu Haţieganu* în prefaţa lucrări. Condus de acest gând şi natural înarmat cu cunoştinţe de specialitate şi ajutat materialiceşte de Ministerul Sănătăţii şi Asistenţei, d. prof. *Gr. Benetato* a isbutit în prima parte a lucrării să ne înfăţişeze cele mai noui aporturi ştiinţifice aduse alimentaţiei. Aceasta nu e o înşirare de autor sau descriere pură a rezultatelor pe care aceştia le-au obţinut, cum dese ori se obişnueşte. Din contra e o demonstrare de ordin cantitativ în urma căreî stabileşte definitiv nevoile energetice şi specifice ale organismului uman pe sex şi etate, în toate condiţiunile de manifestare a vieţii, cum e în creştere, repaus, muncă obişnuită, efort de diferite feluri, etc. Pentru valoarea energetică a raţiei de repaus şi a raţiei de efort la adulţi, acceptă standardul propus de Comisia de tehnicieni dela Societatea Naţiunilor. Pe baza unei analize minuţioase a lucrărilor relativ la cantitatea minimală igienică de proteină stabileşte raţii pentru adulţi şi copii, atât din proteina animală, cât şi din cea vegetală. In continuare dă tabele relativ la conţinutul alimenetelor în factori alimentari accesorii, adică în săruri minerale şi vitamine. Tabelele acestea pentru cercetătorii cari le vor urma, constitue baze de plecare. Materialul prelucrat pe baza lor pus faţă în faţă cu standardurile stabilite ca necesar pentru declanşarea normală a funcţiunilor individului în curs de 24 de ore, vor demonstra cu multă facilitate indivizii şi familiile cari se găsesc în stare de carenţă minerală şi vitaminică. Autorul descrie şi acţiunea vitaminelor, cât şi efectele avitominozelor. La sfârşitul primei părţi găsim o tabelă relativ la cantităţile de principii alimentari fundamentali şi esenţiali (factori accesorii) din regimul necesar timp de 24 de ore, pe vârstă, felul activităţii şi greutatea corpului. E o tabelă utilă pe baza căreia putem să calculăm nevoile energetice, proteice, minerale şi de vitamine a oricărui individ pus în orice condiţii de muncă.

In partea doua, cartea tratează metodele de cercetarea alimentaţiei şi a stării de nutriţie a colectivităţilor. Aici, după ce autorul analizează cele patru metode cunoscute, descrie pe cea aplicată, individuală-ponderală în cadrele familiei, în cercetările din comunele Ineeu (jud. Bihor) şi Măguri (Munţii Apuseni) şi în fabrica Dermata» (Cluj) şi expune o tabelă de mari proporţii, care cuprinde compoziţia alimentelor din regimul alimentar al ţăranilor şi al muncitorilor industriali. Analizele pe baza cărora sunt date componentele sunt în parte făcute de autor şi colaboratorii săi, N. Munteanu, R. Oprean, T. Agârbiceanu, A. Ionescu şi St. Popescu în Institutul de Fiziologie, iar o altă parte sunt redate după Kö, Randoin, Ragner şi Berg. Urmează apoi rezultatele obţinute pe 17 familii din Ineu, 131 de adulţi din Măguri şi 12 familii dela «Dermata».

Concluziile trase sunt atât în raport cu starea de nutriţie a membrilor din familiile studiate, cât şi faţă de alimentaţia pe care au avut-o aceste familii timp de o săptămână, cât au fost observate.

Astfel, sunt arătate proporţiile populaţiei în stare de subnutriţie, sunt date media cifrelor de principii alimentari, minerale şi vitamine consumate de o persoană, ţinând seamă de sexul, etatea şi felul vieţii (sedentară, efort uşor, mijlociu, intens şi obositor) subiectului cercetat. In fine sunt evidenţiate multiplele deficienţe provenite din cauza regimului alimentar sărac în principii energetice, plastici (proteină) şi esenţiali. Deviaţiile, uneori grave ale alimentaţiei familiilor studiate, la sfârşitul cărţii se pot citi, cu multă uşurinţă din cele 9 grafice anexate. La constituirea acestora s'a ţinut seamă de standardurile fiziologice alimentare. Acestea sunt fixate printr'o linie dreaptă trasă la acelaşi nivel pentru toate elementele studiate şi printr'o linie «limită» trasată pentru vitamine la niveluri diferite după dimensiunea scării. Faţă de aceste două baze de comparaţie, rezultatele care măsoară valoarea energetică, cantitatea sărurilor şi a mineralelor din alimentele consumate de persoanele studiate, angajate în munci felurite, în cursul timpului de observaţie, sunt pentru oricine uşor de interpretat. Ele demonstrează cât se poate de clar, marea problemă pe care o constitue alimentaţia insuficientă şi defectuoasă a poporului nostru, care trebue să preocupe deopotrivă, atât pe oamenii de ştiinţă cât şi pe conducătorii politici ai ţării.

Dr. P. RÂMNEANTU

In al XVIII-lea an al „României Medicale"

Revizuind trecutul, — facem proecte de viitor

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Un an nou nu este şi nici nu trebue să fie, numai un isvor de speranţe şi de iluzii pentru omenirea care se află într'o continuă luptă pentru o viaţă mai bună, atât pe planul material cât şi pe cel spiritual.

Anul nou trebue să fie un prilej de examinare obiectivă a trecutului, în lumina împrejurărilor actuale, pentru ca să putem făuri, proectele de viitor.

Consecvenţi acestei idei, vom face un scurt bilanţ asupra activităţei trecute, desfăşurate de «România Medicală» şi apoi vom căuta să făurim proecte noui.

I. «România Medicală» a apărut la începutul anului 1923, cu un scop precis: propaganda pentru vechea şcoală de medicină românească, necunoscută în adevărata ei lumină de medicii cari îşi făcuse educaţia lor ştiinţifică şi formarea lor spirituală la Facultăţi străine.

Elevi ai Şcoalei de la Bucureşti, acei cari, de la început, ne-am grupat în jurul revistei «România Medicală», am fost dureros impresionaţi să vedem cum colegii noştri din Ardeal, din Bucovina şi din Basarabia, — nu cunoşteau decât incomplect şi deseori inexact, valoarea vechilor noastre şcoale de medicină.

Pentru a-i informa, — am întemeiat «România Medicală», al cărui titlu era o afirmaţie şi un program.

Hotărârea noastră nu era însă pornită din gândul orgolios al unor tineri, care voiau să arate colegilor lor din ţara întregită, înalta valoare ştiinţifică a şcoalei căreia ei aparţineau.

Urmăream cu mult mai mult decât atât: Voiam să ajutăm cu entusiazmul nostru, al celor cari făcusem marele război, — unificarea sufletească a medicilor din toate regiunile ţărei.

Această unificare, realizată din punct de vedere politic şi naţional, o doream consolidată, — pe plan spiritual.

Nu putem aprecia, în ce măsură gândul nostru s'a înfăptuit. Socotim însă că informaţia noastră obiectivă, ce a pătruns pe calea acestei reviste, pe masa de lucru a medicilor din cele mai îndepărtate regiuni ale ţării, — a avut acolo un ecou de simpatie şi a creiat un sentiment de încredere.

II. Dela prima noastră preocupare, printr'o înlănţuire logică de idei, am ajuns la un al doilea punct de program: de a pune într'o lumină exactă valoarea corpului medical românesc.

In adevăr, imensa majoritate a medicilor români au o temeinică pregătire ştiinţifică şi au dovedit alese însuşiri sufleteşti de devotament profesional.

Ştim că între 8000 de oameni, se găsesc o mică parte, care din cauza defectelor lor temperamentale nu pot corespunde cerinţelor unei profesiuni atât de grele ca cea medicală. Ei sunt însă o minoritate neînsemnată ca număr, care nu poate diminua prestigiul unei corporaţiuni, de o atât de mare valoare intelectuală.

Deaceea ne-am ocupat întotdeauna de cei mulţi şi buni, cari desfăşoară o activitate stimulată de entusiazm şi răsplătită de satisfacţia succesului profesional.

Acest spirit trebue să domnească din ce în ce mai mult în corporaţiunea noastră.

Pentru a reuşi, trebue să facem inofensivi pe cei slabi, utilizându-i în organizarea sanitară a ţării, în raport cu posibilităţile lor de lucru.

Prestigiul corpului medical românesc are însă un inamic intern care nu face parte din defectele noastre naţionale, întrucât el se găseşte la toţi medicii din lume şi din toate timpurile.

Strămoşii noştri Romani l'au caracterizat lapidar prin dictonul: «Invidia medicorum pessima».

Acest spirit de critică excesivă pus în serviciul unor persoane intolerante faţă de calităţile şi succesele altora, creiază uneori situaţii cari scad prestigiul medical. Este însă interesant de constatat că în primul rând se alterează prestigiul personal al celor ce practică acest sistem.

Lăsând la o parte şi pe cei slabi şi pe cei răi, ne vom îndrepta întreaga noastră atenţie către cei mulţi şi buni.

Nu este elogiu destul de frumos, nu este omagiu destul de călduros, nu este răsplată destul de strălucită, pentru a fi adusă miilor de medici cari aduc în serviciul sănătăţi publice româneşti nu numai ştiinţa şi munca lor, dar aduc sufletul lor întreg.

Ei suferă cu fiecare bolnav, împart durerea familiilor desnădăjduite, luptă pentru realizarea unei vieţi mai igienice pentru massele populare ameninţate de epidemii.

Aceşti oameni creiază un mare prestigiu medicinei naţionale prin munca lor anonimă dar rodnică, însufleţită de sentimente generoase cari ne onorează ca medici şi ca români.

De aceea vom căuta să punem într'o lumină din ce în ce mai vie, în coloanele «României Medicale», activitatea admirabilă pe care o desfăşoară colegii noştri de pretutindeni.

III. O altă preocupare a revistei noastre a fost aceea a organizării sanitare atât în ceeace priveşte instituţiile de medicină curativă cât şi asistenţa medicală în mediul rural.

Aceste probleme au fost desbătute pe larg în «România Medicală», contribuind la crearea atmosferei actuale, de mare interes pentru problemele de sănătate publică şi aducând soluţiuni.

IV. Mergând în ritmul vremii şi socotind împrejurările favorabile, am atacat în anul trecut şi vom căuta să desvoltăm în anul ce vine, problema selecţionărei valorilor în medicina românească.

Credem că este de datoria generaţiei, care într'o formă sau alta, se află la conducerea diferitelor instituţiuni şi discipline medicale, să creeze posibilităţi de lucru şi de evoluţie pentru toţi oamenii de merit din generaţiile tinere.

Această idee care principial face parte din programul de guvernare al ţărei, sperăm că va aduce în domeniul medicinei româneşti, transformări rodnice pentru realizarea cărora vom lupta cu toată convingerea.

V. O altă problemă de mare importanţă, care ne-a preocupat în trecut şi a cărei rezolvare nu mai poate întârzia, este refacerea cadrelor corpului medical românesc, în raport cu nevoile organizaţiei noastre de Stat.

Intr'adevăr, o ţară cu 20 milioane de locuitori nu poate limtia numărul medicilor săi la cei 8810 pe cari îi are în prezent.

Odată cu progresul economic, social şi cultural, către care aspirăm, vom avea nevoe de mai mulţi medici decât în prezent. Cum pregătirea lor cere mult timp, este bine s'o începem de pe acum.

* * *

Paralel cu aceste preocupări de ordin spiritual şi medical, am căutat să facem din revista noastră o publicaţie interesantă şi utilă din punct de vedere ştiinţific.

In măsura în care am reuşit, o datorăm colegilor noştri cari ne-au onorat, colaborând la această publicaţie.

In acest moment, în care revizuind trecutul, făurim noui planuri de lucru, le adresăm mulţumirile noastre recunoscătoare şi rugămintea de a ne da în viitor un sprijin cât mai efectiv.

«România Medicală» doreşte să fie o revistă cu o ideologie proprie, punând problemele cele mai acute ale medicinei naţionale şi căutând să găsească cele mai bune soluţiuni.

In acelaş timp, «România Medicală» ţine să abordeze problemele ştiinţifice generale, în măsura în care ele găsesc o lămurire prin cercetările autorilor români sau pot găsi o aplicare practică pe terenul medicinei preventive sau pe acela al medicinei curative în ţara noastră.

Precizând astfel scopurile noastre, continuăm o activitate, începută acum 17 ani, încrezători în destinul medicinei româneşti, ai cărei slujitori devotaţi sunt toţi colaboratorii şi cititorii acestei reviste.

PROMOVAREA ELITELOR MEDICALE

de Dr. AL. CRAINICIANU

In presa cotidiană, chestiunea elitelor intelectuale şi al rolului dominant pe care trebuesc să-l aibă este mereu agitată şi comentată.

Distinsul publicist, care este d. Al. Mironescu, scrie că există motive multiple pentru a susţine: «Vai de acea ţară în care elitele intelectuale pierd posturile de comandă!» Nimic mai adevărat. Progresul ţării, sub diverse aspecte, are la bază capacitatea şi munca elitelor, de orice categorie ar fi ele. O naţiune se aşează cu atât mai sus, în cadrul celorlalte, cu cât activitatea elitelor este mai pronunţată şi mai activă. Prestigiul de care se bucură astăzi în lume unele naţiuni, se datoreşte în mare parte acelor oameni, cari dotaţi cu superioare calităţi, şi-au închinat viaţa pentru muncă şi progres.

Aceste elite trebuesc neapărat protejate, ajutate în toate împrejurările de oamenii cu răspundere şi de stat, adăpostiţi în limita posibilităţilor de mizeriile existenţei, pentru a putea da maximul din valoarea lor. Câţi oameni de o incontestabilă valoare, a căror activitate ar fi strălucit şi ar fi contribuit la prestigiul naţiunii, au fost striviţi în împrejurări defavorabile, de micimea oamenilor, de neînţelegerea adevărului fundamental, că ceeace trebue să domine este *numai interesul superior al progresului şi la ceeace poate rămâne, în patrimoniul civilizaţiei şi al culturii.*

* * *

Generaţia noastră are cel puţin dreptul a se întreba dacă tratamentul aplicat elitelor medicale a fost cel just pentru a se obţine din munca acestor elite maximul de rezultate?

Pentru aceia cari s'au devotat cercetărilor ştiintifice ca un imperativ al fiinţei lor, chestiunea de mai sus poate fi studiată sub două aspecte: *a situaţiei lor materiale şi a posibilităţilor de lucru.*

Situaţia materială de care s'au bucurat aceşti oameni prin împrejurările sociale la cari am asistat cu toţii, a fost în genere sub nevoile zilei. Salarizarea asistenţilor universitari, de exemplu, nu permite împlinirea nevoilor zilnice şi procurarea de cărţi, reviste, etc. Cu mulţi ani în urmă m'am aflat, pentru complectarea instrucţiei mele, la clinica profesorului Franz, din Berlin. Aci am cunoscut deaproape pe Zondeck, Ascheim, Bernandus, etc. Ei locuiau în confortabile apartamente în clinica respectivă, având la dispoziţie absolut totul de ceeace era nevoe, şi în plus, o retribuţiune lunară din cele mai bune. In acelaş timp o vastă bibliotecă având toate revistele de specialitate le stătea la dispoziţie.

In cercetările lor, au avut, pe lângă un personal ajutător bine instruit şi un material (animale de laborator, aparate, etc.) care ne-a uimit prin bogăţia lui. Intr'o astfel de situaţie, diagnosticul biologic de sarcină, care aduce inapreciabile servicii clinicei umane, a putut fi dat la iveală.

Am asistat la noi ani dearândul la măcinarea atâtor energii, cari ar fi putut fi creatoare în ţara noastră.

Colegi din cei mai distinşi au fost şi sunt obligaţi de necesităţile vieţii a străbate oraşul în lung şi în lat, pentru a aduna din diferite funcţiuni minimul de existenţă. Salariile pe cari instituţiunile le oferă medicilor sunt imposibile şi până la un punct incompatibile cu demnitatea şi capacitatea lor.

Posibilităţile de lucru, de formaţiune şi de creaţiune au fost în genere restrânse. Tot felul de lipsuri, din cari unele din cele mai grave; lipsa de material, de personal, de bibliografie recentă, se opune cercetărilor ştiinţifice.

Pentru acei cari au continuat cu tenacitate munca şi inspiraţia lor ştiinţifică luptând cu toate împrejurările adverse, pentru a sluji menirea lor pe lume, — o încurajare şi o recompensă, dacă nu materială, cel puţin morală, era indicată.

In Germania, de ex., s'au creat funcţiuni şi titulaturi, cari s'au acordat de altmintrei cu mult discernământ şi simţ critic, acelora cari le meritau cu prisosinţă.

Profesorii extraordinari — fără catedră, — au răspuns la acest deziderat. S'a avut astfel mereu în vedere interesul superior de progres ştiinţific, *în afară de orice altă consideraţiune.*

* * *

Generaţia noastră a asistat la transformări în învăţământul superior, pe cari le vom aminti în succesiunea lor cronologică. Docenţa a fost instituită în baza unui examen; s'a devalorizat în urmă într'o măsură atât de înaintată, încât s'a simţit nevoia să fie desfiinţată.

Legea prevedea numirea de conferenţiari suplinitori provizorii şi definitivi. Unii dintre ei recomandaţi în mod legal au fost numiţi «onorifici». Acestora însă li s'au retras modestele atribuţiuni, pentrucă n'au fost trecuţi în buget!!!

O altă lege — 1932 — înfiinţa agregatii universitari.

Prin efectul legii conferenţiarii definitivi deveneau de drept agregaţi «onorifici». Ceilalţi agregaţi trebuiau să fie recrutaţi printr'un concurs complex constituit din două părţi. In timp de 7 ani cât a durat această lege, după cât ştim, nici un agregat n'a fost numit, deoarece un astfel de concurs nu s'a ţinut niciodată în mod complect! Incercările unora au fost, bineînţeles, fără rezultat.

Legea aceea este foarte interesantă de studiat; ea crea pentru Facultatea de Medicină un regim cu totul special şi la fiecare capitol apare indicaţiunea ca un leit motiv: «afară de Facultatea de Medicină»...

Legea actuală a suprimat — după cum se ştie — pe docenţi şi pe agregaţi. A instituit însă conferenţiarii prin concurs şi a stabilit norme noui pentru personalul ajutător, îndeajuns de cunoscute pentru a nu insista.

Aceste transformări continue la cari a asistat îndurerată generaţia noastră, au fost departe de a pregăti cu «climat» prielnic pentru evoluţia firească şi promovarea unor elite, cu siguranţă existente la noi.

Cei mai sensibili au considerat acordarea unor titluri prin muncă şi examene, cari au fost în urmă înlăturate, ca o jignire inutilă. Alţii, s'au resemnat în situaţiuni minore talentului şi capacităţii lor. Alţii, depăşiţi de împrejurări, au părăsit această activitate şi s'au îndreptat spre alte orizonturi, pentru a obţine — după o prea lungă experienţă a lucrurilor şi a oamenilor — satisfacţiuni de alt ordin.

* * *

Trecutul ne îndreptăţeşte a spune în mod onest şi obiectiv:

Adeseori anumite interese personale au diminuat valorile şi le-au redus la tăcere, iar mediocrităţi au întârziat evoluţiunea unor discipline. Evenimentele petrecute în ţara noastră trebue să fie subiecte de seriosă meditaţiune.

Este de dorit ca generaţia care urmează să se desvolte în condiţiuni prielnice, urmărindu-se în mod constant — fără târguială — posibilitatea dezvoltării valorilor.

Selecţionarea acestora necesită un studiu minuţios, bazat pe realităţile existente, pentru a se remedia stări de contradicţii şi instabilitate dăunătoare interesului general. E imperios necesar ca o nouă mentalitate să-şi facă loc: valorile să fie evidenţiate şi chemate de oriunde s'ar găsi, iar nu lovite şi descurajate. Ele trebuesc tratate, dacă nu se poate cu afecţiune, dar cel puţin cu bunăvoinţă.

Deasemenea credem că este timpul a se lua în considerare şi a se promova aşa cum trebue, acei cari au făcut dovada incontestabilă a valorei lor.

Este firesc a susţine pentru acei cari nu au făcut aproape nimic din punct de vedere didactic şi ştiinţific, că este cazul să părăsească locurile pe cari le ocupă în învăţământ, pentru cei mai tineri şi meritoşi.

Sperăm că ritmul nou, care astăzi sub conducerea unui Mare Rege animă ţara noastră, va influenţa aceste diverse probleme, de cari depinde, fără îndoială, evoluţia culturii şi a prestigiului nostru ştiinţific.

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Exclusivitate Generală pentru România „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. • București I, Str. Sf. Ionică No. 8

„Farmako“

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako“

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii, 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako“

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako“

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

Hipnotic, anestezic, analgezic, antispasmodic

SEDOPON LALEUF

Fiole şi compr.

Alcaloizi totali de opiu asociaţi cu Scopolamină şi sulf. de Sparteină.

Fiole: După indicaţiuni la nevoie.

Comprimate: 1—4 comprimate în 24 ore.

Mostre medicale şi literatură la
Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23 — Bucureşti IV

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

CODUL FAMILIAL FRANCEZ *)

de Dr. L. NISSIM

— *Franța a realizat cea mai complectă lege de ocrotire și asistență materno-infantilă.*

— *Aplicarea acestei legi este garantată de semnătura întregului guvern francez.*

— *Pentru punerea ei în aplicare, Franța a înscris în bugetul anual 1450 milioane franci (circa 14 miliarde lei).*

— *Franța vrea să rămână o națiune de țărani. Prin această lege se realizează cel mai sănătos principiu de prevedere socială:* **«le retour à la terre»**.

— *„Les enfants constituent la part la plus importante du patrimoine national".*

Domnul Eduard Daladier, primul-ministru al Franței, împreună cu alți 18 miniștri, au semnat solidar unul din cele mai importante capitole din viața națiunii franceze.

Intregul guvern al Franței a alcătuit legea «codului familial» care constitue baza configurației biologice a Franței.

Raportul, adresat Domnului Președinte al Republicei Franceze, *Albert Lebrun*, are valoarea unei «Magna Charta» a acestui nobil popor.

Guvernul actual al Franței vroind să întărească națiunea, atât din punct de vedere cantitativ, cât și calitativ, a mers departe, a mers până la cea mai importantă celulă socială: *familia.*

Marele filosof francez *Auguste Comte*, definește familia: *«l'école éternelle de la vie collective»*.

Se poate o definiție mai concisă, mai limpede și mai completă?

In adevăr, în familie copilul simte, vede și învață elementele primordiale pe cari mai târziu el le va aplica în viață. In familie, adultul de mai târziu, își desfășură liber, somatic, toate atributele sufletului lui și prin aceasta devine el însuși învățătorul alor săi. Individul care păsește în viața socială, având la bază școala familiei lui, este un element pregătit, ori receptiv pentru acțiunile morale necesare civilizației și progresului națiunii lui și omenirei.

Celula socială primordială, familia, reproduce în mic, ceeace se petrece în organismul social: națiunea.

Către acest postulat și-au îndreptat străduaniile toate religiile, toate sistemele politice și toate întocmirile sociale.

Marele învățat și om politic *Eduard Herriot*, în lucrarea d-sale: *«Créer»*, definește astfel componența unei națiuni: *«Une nation, ce n'est pas une collection d'individus qui se juxtaposent; c'est un groupement de familles qui s'enchaînent. L'unité organique ce n'est pas l'individu, c'est la famille»*.

Când aceasta este concepțiunea pe care se sprijină ideea de națiune, înțelegem de ce Franța, pentru a rezolva problema ocrotirii și asistenței materno-infantile, s'a dus adânc, acolo unde se zămislește viața fizică și sufletească, în familie, pe care s'a hotărît s'o sprijine moralmente și materialmente, fără a-i micșora libertatea.

Și de unde, până la făurirea acestei legi, numai familiile anumitor categorii sociale erau ajutate *(allocations familiales)*, de acum înainte orice familie de francezi, orășană, ori rurală, are dreptul la dispozițiile generale și speciale ale actualei legiuiri.

Pentru o prezentare mai clară a problemei, am grupat în următorul tablou, toate titlurile, capitolele și secțiunile din lege. Metoda aceasta cred că este mai puțin obositoare și oferă o înfățișare de ansamblu.

«Codul familial francez» înseamnă pentru poporul francez o nouă etapă, un nou aspect de viață. Cei 1450 milioane de franci francezi anual nu reprezintă un sacrificiu, ci un foarte mare câștig.

Sunt convins că rezultatele ce vor decurge din aplicarea acestor legiuiri, vor da o satisfacție meritată făuritorilor ei.

Și sunt tot atât de convins că acest *«cod familial»* va servi ca îndreptar pentru multe alte țări.

Pentru țara noastră, unde problema este atât de acută, putem vedea ce măsuri largi în suprafață și adâncime, iau țările cari vor să trăiască viguroase prin număr și calitate.

* * *

In Franța, natalitatea care altădată se cifra la 35 nașteri pentru 10.000 locuitori, a scăzut la 14 nașteri pentru 10.000 locuitori, iar din anul 1935 numărul deceselor depășește pe cel al nașterilor, astfel că anual Franța pierde 35.000 Francezi.

Nu sunt greu de bănuit consecințele acestei denatalități. Pentru a le preveni s'au făcut studii și anchete extrem de serioase de către *«le haut comité de la population»*.

S'a căzut de acord că *familia franceză*, trebuește apărată moralmente și ajutată materialicește.

Interesant este faptul că acest ajutor de familie este distribuit *tuturor familiilor*, oricare ar fi clasa socială și oricare ar fi profesiunea căreia îi aparțin. Această grandioasă și justă operă este realizată prin contribuția solidară *a tuturor Francezilor.*

Unul din postulatele principale ale legii este combaterea exodului de la sate la orașe. Realizarea acestui principiu se sprijină pe:

a) *Imprumuturi*, variind între 5000 — 20.000 franci, familiilor de țărani, contractate acum, sub imperiul legii, pentru a-și procura unelte, vite și materiale necesare întemeierii unei gospodării țărănești. Plata acestor sume se eșalonează pe 10 ani, sau se micșorează pe măsură ce tânăra familie are copii; astfel că după al 5-lea copil împrumutul se stinge.

b) *Contractul salariului amânat* pentru copilul care nu părăsește satul și muncește țarina alături de părinți, pe când ceilalți frați pornesc spre oraș pentru a se bucura de avantagiile ipotetice ale civilizației orașelor. La deschiderea succesiunei, copilul țăran este creditorul acesteia prin prezentarea contractului de salariu amânat și care este legalmente fixat pe departamente. Numai după scăderea acestor sume, el intră la parte alături de ceilalți moștenitori. In felul acesta pământurile nu se îmbucătățesc.

Legea definește protecția morală a familiei printr'o neîntreruptă propagandă cu scopul revenirei la *«gustul de familie»* și prin sancționarea obiceiurilor imorale și a procedeelor rușinoase.

Pentru ocrotirea maternității se înăspresc vechile dispoziții legale de pedepsire a avorturilor criminale. Se institue o supraveghiere continuă a Maternităților—mari ori mici—pentru ca pe deoparte să întrunească condițiunile speciale de igienă spitalicească, pe de alta, să nu se petreacă sub nici o formă fapte oprite și sancționate de lege.

Fiecare departament trebue să aibă un *«cămin matern»* în care orice femee gravidă — fără nici un fel de formalitate — este adăpostită, începând cu luna a VII-a. Pentru cazuri speciale este primită oricând. Ne închipuim ce țesătură admirabilă, răspândită în toată Franța, vor reprezenta aceste cămine materne departamentale.

Demnitatea familiei este apărată prin sancționarea pornografiei, în ori ce formă s'ar manifesta.

M'au impresionat dispozițiile legii ca școlile secundare să-și impună în programul lor cursuri de demografie. Ce admirabilă pregătire pentru răspunderile de mai târziu ale viitorilor cetățeni în legătură cu vitalitatea națiunei.

*) Aduc aci toate mulțumirile mele Onor Ambasadei franceze din România, care — cu atâta promptitudine — mi-a pus la dispoziție în original *„Journal officiel de la République française"* (No. 178, 30 Iulie 1939), precum și cele două note explicative *„le code de la famille"* și *„la protection de la famille paysanne"*, cari prin claritatea lor m'au făcut să pătrund și mai bine principiile de bază ale legii.

Nu intru în detalii, foarte preţioase, care se raportă la procurarea de fonduri pentru valorificarea legii; ar fi să depăşesc scopul acestui articol. Pentru cunoaşterea întregii economii a legii, este nevoie de studierea în original a textelor.

* * *

Ce drum lung a străbătut Franţa în poblema ocrotirii şi asistenţei materno-infantile! După atâtea şi atâtea încercări şi sacrificii s'a ajuns la convingerea fermă că nu individul, ci *familia* trebue apărată, ajutată, întărită. Omenirea nu s'a adaptat evolutiv la civilizaţia ultimelor două secole. Această civilizaţie n'a fost dozată; puterea ei corosivă a adus foarte mult bine, dar a adus în unele privinţe mult rău. Entitatea socială care suferă simţitor este familia. Şi, fără a ştirbi independenţa şi libera desvoltare a familiei, Statul pătrunde la ea şi o revalorifică.

Codul familial francez înseamnă unul din cele mai importante capitole ale demografiei ştiinţifice.

* * *

Am luat cunoştinţă de faptul că în programul de realizări al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale de la noi, condus cu autoritatea ştiinţifică a Domnului Ministru Profesor Doctor N. Hortolomei şi ajutat cu mult devotament de Domnul Subsecretar de Stat Doctor Petre Topa, s'a hotărît făurirea legii pentru *«protecţia mamei şi a copilului»*. Este un deziderat de mult aşteptat şi realizarea lui va însemna o etapă de mare importanţă pentru biopolitica României. Mă gândesc cu admiraţie la toţi medicii, demografii şi sociologii, cari au scris opere întregi în această problemă. De teamă de a nu scăpa vreun nume, nu menţionz pe nimeni; dar ei sunt bine cunoscuţi de corpul medical românesc, precum şi de autorităţile sanitare superioare. Câtă muncă şi pregătire, cât de profundă cunoaştere a realităţilor din ţara noastră!

Franţa s'a folosit de marile competenţe cari alcătuesc *«le haut comité de la population»*, pentru ca să studieze şi să traducă în articole de lege concluziunile lor. Experienţa, cultura sedimentată, autoritatea lor ştiinţifică şi-au dat întâlnire pentru a da Franţei o lege care marchează o epocă.

«Le haut comité de la population» a întreprins o serie de anchete sociale, executate cu toată rigurozitatea ştiinţifică şi cu mare răspundere. Aci s'au stabilit principiile sociale cari ţâşnesc din nevoile Franţei şi, cari traduse în lege, îmbracă perfect trupul ţării. Guvernul întreg şi le-a însuşit.

Nu mă gândesc o clipă să abdic dela respectul ce'l port autorităţilor superioare. Şi nici nu înţeleg ca prin gesturi admirative să realizez acel antipatic «captatio benevolentiae». Nu. Ar fi însă să renunţ vinovat la o datorie de conştiinţă şi de recunoştinţă pentru ţara mea, dacă într'un moment atât de hotărîtor pentru problema ocrotirii şi asistenţei materno-infantile, nu mi-aş spune tot gândul.

Această lege care va hotărî situaţia demografică a României, să întruneasă în jurul ei toate marile personalităţi, nu numai din mijlocul maeştrilor medicinei româneşti, dar şi din acela al juriştilor, sociologilor, demografilor şi statisticienilor.

Ocrotirea şi asistenţa materno-infantilă nu este o problemă medicală; ea depăşeşte şi cadrul medicinei sociale, pentru ca să devină o problemă naţională în sensul larg şi autentic al cuvântului.

O astfel de lege pentru ca să fie viabilă, trebue să solidarizeze răspunderea tuturor acelor autorităţi administrative, cari vor avea de făcut sacrificii importante.

Pentru ca să consimtă la aceste sacrificii, ori pentru ca să le aplice în cel mai desăvârşit chip, este neapărată nevoe ca toţi să fie puşi în situaţia naturală de a fi clădit ei înşişi temelia legii.

Decret privitor la familia şi la natalitatea franceză.

TITLUL I — Ajutorarea familiei

- CAP. I. **Ajutor-primă la cea dintâi naştere**
- CAP. II. **Alocaţiuni familiale**
  - Secţia I = Dispoziţiuni generale.
  - Secţia II = Salariaţii.
  - Secţia III = Alocaţiuni familiale agricole.
  - Secţia IV = Muncitorii nesalariaţi din industrie, comerţ şi profesiile libere.
  - Secţia V = Funcţionarii şi agenţii Statului.
  - Secţia VI = Personalul colectivităţilor locale şi al serviciilor publice privilegiate de Stat, departamente şi comune,
  - Secţia VII = Dispoziţiuni diverse.
- CAP. III. **Dispoziţiuni speciale privind familia rurală**
  - Secţia I = Împrumut la instalarea unui menaj tânăr.
  - Secţia II = Contractul salariilor amânate.
- CAP. IV. **Asistenţa familiei**

TITLUL II — Proteguirea familiei

- CAP. I. **Proteguirea maternităţii**
  - Secţia I = Despre avorturi.
  - Secţia II = Supravegherea instituţiunilor de naşteri.
  - Secţia III = Căminele materne.
  - Secţia IV = Lupta contra mortalităţii infantile.
- CAP. II. **Proteguirea copilăriei**
  - Secţia I = Adopţiunea.
  - Secţia II = Legitimaţia adoptivă.
  - Secţia III = Tutela copiilor naturali.
- CAP. III. **Proteguirea rasei**
  - Secţia I = Ultragiul bunelor moravuri.
  - Secţia II = Traficul substanţelor stupefiante.
  - Secţia III = Lupta contra alcoolismului.
- CAP. IV. **Familia şi învăţământul**
  - Secţia I = Învăţământul problemelor demografice.
  - Secţia II = Supravegherea medicală în instituţiile de învăţământ.

TITLUL III — Dispoziţiuni fiscale

- CAP. I. **Drepturile de înregistrare**
- CAP. II. **Impozite directe**
- CAP. III. **Contribuţiuni indirecte**

TITLUL IV — Dispoziţiuni diverse

AUXO-BENZOTERAPIA PULMONARĂ

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice

Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

„FARMAOLT" S. A. — BUCUREŞTI, CALEA GRIVIŢEI 67, Tel. 4.98.08.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant SANDOZ
S. A. (Suisse)

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute *şi* cronice *la copii şi adulţi*, diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanta BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78 66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noui demnitari ai Ministerului Sănătăţei

D. Prof. Dr. I. Nicolau, dela Facultatea de medicină din Iaşi, a fost numit Secretar general al Ministerului Sănătăţii.

D. Prof. Dr. Gh. Niculescu de la Facultatea de Farmacie din Bucureşti, a fost numit consilier tehnic al Ministerului Sănătăţii.

Apelul Asociaţiei generale a medicilor din România pentru înzestrarea armatei

Asociaţia generală a medicilor a lansat următorul apel către membrii săi:

«Spiritul de sacrificiu şi devotament faţă de marile interese ale neamului românesc a constituit o preocupare de căpetenie a Corpului medical.

Mărturiile acestui fapt sunt nenumăraţii colegi, cari şi-au sacrificat viaţa în luptele pentru unirea neamului românesc.

Azi, când Ţara Românească trăeşte vremuri istorice, când nouri prevestitori de furtună se ridică în jurul scumpei noastre patrii, care să ameninţe existenţa şi independenţa noastră, Corpul Medical trebue să înţeleagă, că, cea mai sigură şi infailibilă chezăşie a siguranţei noastre o constitue înarmarea oştirei noastre.

O armată tare, înzestrată cu tot utilajul modern, este singurul mijloc, care întăreşte în sufletele noastre siguranţa zilei de azi şi prosperitatea pe viitor.

Toţi medicii trebue să fim pătrunşi de imperativele zilelor ce le trăim şi deasemenea este necesar să aducem sacrificiile materiale maxime posibile, ca înzestrarea armatei să se poată îndeplini în cele mai perfecte condiţiuni.

Nimănui nu-i este permis să precupeţească chiar un moment, că sacrificiul ce-l aduce benevol pe altarul Patriei ne asigură viaţa noastră, viitorul copiilor noştri şi avutul nostru.

Dacă în timpul războiului de unire, medicii pătrunşi de adânc patriotism au ştiut să-şi sacrifice viaţa, desigur, vor înţelege şi acum că bunurile materiale trebuie să le ofere din belşug, fără şovăire.

Colegi, subscrieţi deci tot ce aveţi disponibil pentru bonuri de înzestrare a armatei. Prin acest gest vă asiguraţi avutul vostru şi al urmaşilor voştri şi daţi aceeaşi dovadă de patriotism şi dragoste pentru Patria noastră scumpă, ale cărei hotare trebue să le apărăm.

Sunt convins că veţi înţelege să oferiţi bunurile materiale pentru a salva bunurile sufleteşti, clădite cu atâta trudă de strămunii noştri, arătându-ne demni de moştenirea ce ne-a lăsat-o».

Un dispensar de consultaţii gratuite pentru studenţii din Capitală

Eforia Spitalelor Civile a luat dispoziţiunea ca imediat după vacanţă să funcţioneze la spitalul Colţea, un dipensar de consultaţii gratuite rezervate exclusiv tuturor studenţilor din Capitală.

El va fi asigurat de către profesorii, agregaţii, şi asistenţii Facultăţei de Medicină.

Acest dispensar va cuprinde toate specialităţile de medicină şi va fi în aşa fel organizat încât să fie la dispoziţia studenţilor atât pentru consultaţii, cât şi pentru tratamente la orele când aceştia nu au cursuri.

Deasemenea a intervenit între Eforie şi Universitatea din Bucureşti o convenţie pe baza căreia Oficiul Universitar va plăti după un tarif reprezentând numai costul real al materialelor, radiografiile şi medicamentele ce se vor distribui studenţilor la acest dispensar.

Noua conducere a Societăţei de Radiologie şi Electrologie medicală din România

«Societatea de Radiologie şi Electrologie medicală din România», în adunarea sa generală din 11 Dec. 1939, şi-a ales următorul birou pe anul 1940:

Consiliul de direcţie: Dr. *G. N. Giurea,* Dr. *E. Andronescu,* Conf. Dr. *E. Lăzeanu.*

Comitetul:

Preşedinte: *Dr. S. Sfinţescu.*

Vice-preşedinţi: Dr. *Gatoschi* şi Dr. *Al. Simanovschi.*

Secretar general: Dr. *St. Jianu.*

Casier: Dr. *Th. Niculescu.*

Bibliotecar: Dr. *I. Temeliescu.*

Secretari de şedinţă: D-ra Dr. *P. Raiman* şi Dr. *N. Mihăilescu.*

Noul comitet al Asoc. Internilor şi foştilor interni

Asociaţia Internilor şi Foştilor Interni de Spitale, în cursul adunării generale, care a avut loc Marţi 19 Decembrie 1939 în amfiteatrul Spitalului Colţea, şi-a ales următorul comitet de conducere:

Preşedinte: d. dr. Şerban Panea.

Vice-preşedinte: d. Marin Voiculescu.

Secretar general: d-şoara dr. Olga Eftimie.

Casier: d. dr. Şerban Papadopol.

Secretar de şedinţă: d. Gh. Bungeţianu.

Bibliotecar: d. dr. Corneliu Biţă.

Membri cooptaţi: d-nii d-ri I. Claudian şi V. Lăzărescu.

Locuri de Medici vacante la Ministerul Sănătăţii

Conform art. 171 din decretul-lege pentru organizarea Ministeruiui din 20 Noembrie 1939, se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al jud. Alba

Medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul din Suceava.

Medic primar al secţiei de boli interne la spitalul din Beiuş jud. Bihor.

Medic primar, specialitatea genito urinare, dela spitalul de chirurgie, accidente de muncă şi mecanoterapie din Bucureşti pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

Medic primar al secţiei de obstetrică şi ginecologie dela spitalul Oraviţa jud. Caraş.

Medic şef de laborator la Laboratorul de bacteriologie dela Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti. (Au dreptul să-l ceară şi cei care îndeplinesc condiţiile art. 113 din decretul-lege pentru organizarea Ministerului din 20 Noembrie 1939).

Medic al spitalului cu circ. Divizia jud. Cetatea Albă.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela data înserării prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial, adică până la 11 Ianuarie.

Medici sanitari chemaţi la alegerea locurilor

Următorii medici, reuşiţi în ordinea de mai jos la examenul de medici sanitari, sunt chemaţi pentru ziua de 4 Ianuarie 1940, ora 8 jum. dimineaţa, la ministerul sănătăţii, pentru alegerea locurilor:

Ungureanu Constantin, Nuţulescu Constantin, Zibileanu Dumitru, Prelipceanu Mircea, Opriţă Gheorghe, Antonescu Gh. Ioan, Pătrăşcanu Marcel, Andreescu Vasile, Nicolau Gherasim, Diaconescu Gh. Dumitru, Roşiu Dumitru, Stănescu Maria, Manu Iulian, Dimian Cristina, Matei Ioan, Gafconiuc Ioan, Ilie Constantin, Olariu Enea, Doniceanu Gabriel, Dobrescu Constantin, Roşescu M., Parhon Gheorghiţa-Elena, Meşaroşiu Cornel-Virgil, Anastasiu Radu, Gherasim Elena, Balo Arpad Andrei, Popescu F. Teodor, Ungureanu T. Dumitru, Ardeleanu Gh. Dumitru, Ionescu P. Maria, Mardaro Teodor, Boroş I. Ion, Călinescu M. Titus, Ciamurlischi Rusca, Cărpinişan Sever, Vilhelm Andrei, Duca Ioan, Drăgan I. Emil, Cresco Taras, Gheorghiu T. Constantin, Ionescu C. Lucreţia, Vulpe Ştefan, Rădulescu Constantin, Chişleag Gh., Mamian Elena, Lipovan Gheorghe, Ifrim Constantin, Apan Augustin, Apan Vulcănescu-Constanţa; Şoşoiu Dumitru; Samarian Pompei; Albu Niculae,

Lupu I. Dora, Botez Octavian, Lazăr Iosef, Gerducalo Ludmila, Lenghel Iuliu, Pora Iuliu, Vacss Friederic, Ardevan Ecaterina, Iacobișu Stanislova, Gălușcă Lucia, Vartic Aurel, Daschievici S. Vasile, Aronovici Arnold, Grigoriu Constantin, Eperjesi Vasile, Stoica Emil, Susan I., Balaban Mihail, Crovetchi Constantinescu-Valentina, Cutu Ioan, Pfeifer Artur, Dumitrescu Eugenia, Angheluță Maria, Șarchizian Kevork, Schwartzman Adolf, Orosan Vasile, Nicolau Ioan, Simion Adalbert, Șapira Riven Strul, Dobrescu C. Teodor, Szilași Andrei, Armeanu Virgil, Rosenștein Ernest, Manoilescu C. C., Georgescu Octavian, Dăncilă I. Șt., Almășanu S. Nicolae, Plămădeală Gh. Boris; Panu Corneliu, Cojan Alexandru, Teodoroiu Eugenia, Singer Capil, Nemeșiu Nicolae, Popa Vladimir, Mărgineanu Traian, Teperberg Clasus Florescu Zamfira, Veseli Paul Marinescu Ilie, Cighi Ioan, Ludu Sextil, Maftei I. Vasile, Barna Iosef, Lazea Ileana; Vrasti Anton, Vucu Liviu Ioan; Nagy Andrei, Iuhum Ioan, Ivasciuc Vladimir, Bondoc Ionescu-Slava, Giumurescu Dora, Tyuroschi Gh. Ionescu P. D-tru, Stratulat Valeriu, Weber Vasile, Quiter Feliciu, Fruchter Nicolae, Roitman Boris, Miculi Constantin, Haltrich Otto, Roșiu Pily, Brener Edgard, Coifman Șmil, Dura Octavian, Sedan Emil, Jebeleanu Ilie, Coșulschi Victor, Dălăgeanu Ilie, Brener Filip.

Toți acești medici vor fi prezenți la Ministerul sănătății pentru alegerea locurilor în ziua de 4 Ianuarie 1940 la ora 8 jum. dimineața.

Pentru cei concentrați, Marele stat major cu ordinul nr. 116248 din 19 Decembrie, 1939, le-a acordat în vederea alegerii locurilor o permisie dela 2—7 Ianuarie 1940.

Aceste permisii se vor cere de fie care medic dela unitatea din care face parte.

BIBLIOGRAFII

Étude morphologique et biologique sur les flagellés instestinaux parasites des muridés étude comparative des flagellés du cobaye par Léon Morénas. *Masson et C-ie éditeurs.* Un volum de 234 pagini cu 12 figuri (Annales de l'Université de Lyon. 3e Série Médecine) . . . . . 60 fr.

Această lucrare abordează un subiect care deaproape un secol a făcut obiectul a numeroase studii morfologice dintre cari unele au rămas clasice». Apariția sa se datorește unor fapte noi, deoparte viul interes pe care-l prezintă desvoltarea parazitismului flagelat la om în țara noastră, cu discuțiuni continui asupra specificității anumitor paraziți, de altă parte unele observațiuni recente referitoare la biologia lor, incomplect cunoscută, ca de pildă că ei pot fi suportate în ceia-ce privește nutriția și oecologia în două grupe: o altă parte Protomonalidele cari trăesc în coecum și găsesc în conținutul acestei cavități abundente elemente nutritive, de alta Diplomonadidele cari trăesc în intestinul subțire, bogat în mucus și sucuri digestive.

In concluzie, morfologia flagelatelor, a murideelor și a cobaiului fiind vag cunoscută, această lucrare are scopul de a preciza anumite detalii de structură, și să studieze forme noi și mai puțin cunoscute.

Partea biologică are de scop studiul condițiunilor de viață al flagelelor: frecvența comparată a parazitismului după starea sălbatecă și domesticațiunea laboratorului; localizarea lor.

O a treia parte se referă la condițiunile determinante ale parazitismului: pH-ul intestinal, regimul și flora.

La traitement non sanglant des fractures du rachis; fractures récentes, fractures anciennes technique et résultats par Pierre Mallet-Guy. Chirurgien des hôpitaux de Paris. Préface du Professeur *R. Leriche. Masson et C-ie éditeurs.* Un volum de 118 pagini cu 54 figuri . . . . . 40 fr.

In ultimii ani, a intervenit o transformare radicală în terapeutica fracturilor rachisului, căreia în prezent i se poate asigura o reducțiune complectă și o consolidare în bună poziție.

De aceea, autorul a crezut util să expună cele 34 cazuri pe cari le-a tratat personal, să adune documentarea, să analizeze metodic radiografiile, și având ocaziunea să revadă aproape totalitatea bolnavilor săi, să afirme în mod indiscutabil marea valoare a metodei întrebuințate.

Tehnica reducerei și imobilizării gipsate este minuțios descrisă, cu perfecționările succesive reeșite din experiență.

Analiza dosarelor radiologice, cari, pentru fiecare pacient, se eșalonează pe un interval de mai mulți ani, a permis autorului să identifice câteva tipuri esențiale, a căror cunoștință dă într'o anumită măsură cheia diferențelor evolutive, care se observă, la trament egal în leziuni în aparență comparabile.

O iconografie abundentă afirmă deasemeni, excelența rezultatelor clinice: fie că este vorba de fracturi dorsolombare, dorsale mijlocii sau cervicale joase, fracturi vechi sau recente, în majoritatea cazurilor, nu mai prezintă nici o urmare notabilă a accidentului.

Alături cu acest tratament nesângerând, autorul recunoaște laminectomiei largi indicațiuni în fracturile rachisului complicate cu paraplegie.

Atlas de Phono-Cardiographie clinique par A. Calo, assistant étranger à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur *A. Clerc.* Un volum de 104 pag. cu 10 figuri . . . . . 60 fr.

Inregistrarea sgomotelor cordului de abia începe să intre în practica curentă, căci imperfecțiunea, fragilitatea și costul primelor aparate cași dificultatea de a obține traseuri ușor citibile a rezervat timp de mai bine de treizeci de ani fonocardiografia numai centrelor științifice putând dispune de un material important și un personal specializat.

In ultimii zece ani, se poate spune că aproape nu există capitol al cardiologiei în care fonocardiografia să nu fi adus preciziuni utile semnelor de auscultație deja cunoscute sau să nu fi descoperit noi fenomene sonore pe care sensibilitatea limitată a urechei noastre era incapabilă să le deceleze.

Pentru a demonstra caracterul practic al acestei metode și pentru a sublinia avantajele pe cari le poate a duce clinicei, autorul a reușit în această broșură un anumit număr de fonocardiograme la sănătoși și bolnavi atinși de cele mai diverse cardiopatii.

Expunerea acestei metode, aparatele cu technica lor și descrierea rezultatelor ce se pot obține constituesc două capitole preliminare necesare pentru a putea interpreta traseurile.

Lucrarea cuprinde și o bogată bibliografie.

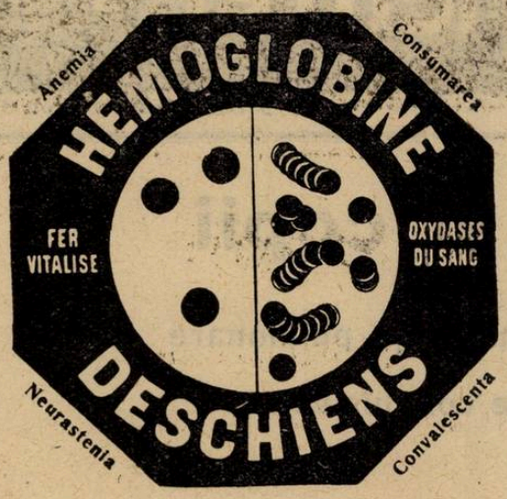
La tuberculose du cobaye par Jean Paraf. Médecin des Hôpitaux de Paris. Préface du Professeur *Fernand Bezançon. Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 132 pagini . . . . . 30 fr.

Cobaiul ocupă un astfel de loc în ftiziologie, încât tot ceeace interesează anatomia sa, patologia și obiceiurile sale, are pentru noi o deosebită importanță.

Nu există bacteriolog care să nu aibă nevoe de cunoștințe precise asupra curbei normale a greutății cobaiului, asupra temperaturei sale, asupra infecțiunilor spontane la care este expus, asupra pseudo-tuberculozelor și asupra marilor probleme ale contagiunei de cușcă a tuberculozei spontane a cobaiului.

Toate aceste noțiuni se găsesc în această lucrare.

In afară de aceasta, este un studiu de patologie experimentală în care fiziologul, în special va găsi alături de formele clasice a tuberculozei, zisă Vuillemin, un studiu al formelor paucibacilare cu mers lent care luminează în mod deosebit patologia umană.



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8, Bucaresti

2 MANN

La Coli-infecțiuni
ale căilor urinare
Amoniu- sau Magnesium-
Mandelat „Asta"

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE

Eșantioane și literatură la cerere. Reprezentant general pentru România:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Str. Logofătul Tăut. 99

La adulți și copii

în bronchopneumonii, complicații pulmonare

postoperatorii, tuse convulsivă

CHINAETHER

eter – chinină – camfor

inj. intramusculare

Literatură:

Dr. Topa P. și Dr. G. Dinischiotu, Revista de Chirurgie, Anul XXXIX No. 1-4/1936.

Docent I. Stoia și Dr. S. Lăzărescu, Clujul Medical No. 10/1939.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu și Dr. N. Nicolae, Clujul Medical, No. 10/1933.

Dr. Vintilă Max Popovici și Dr. B. Dulipovici, Clujul Medical No. 10 1937.

Dr. Paul Gotcu, România Medicală No. 20/1939.

Dr. I. Porumbaru, Gazeta Internilor No. 5/1937.

Dr. Botiș Aurel și Dr. Augen Dorca, Clujul Medical No. 7/1932.

Dr. E. Blassian și Dr. H. Haimovici, România Medicală No. 23/1935

Dr. Marin Enăchescu și Dr. I. Sternhell, Bullet. et Mémoires dela Soc. Médicale de hop. de Bucarest, No. 9-10/1938.

Dr. Topa P. și Dr. G. Dinischiotu, România Medicală No. 22 1935.

Dr. Al. Lambescu, Gazeta Internilor No. 7/1937.

BISMOGENOL

„TOSSE“

Emulsie voluminoasă şi concentrată de subsalicylat de bismuth; dispersiune extrem de fină în ulei neutralizat în prealabil

Conţine 0,05 g. bismuth pe cc.
Doza terapeutică este de 100 de ori mai mică decât doza toxică.

Absorbţie lentă.

NETOXIC ŞI INDOLOR.

Indicat în toate stadiile de sifilis.
Indicat în angină.

Cutii orig. cu 6 şi 100 fiole a 1 cc.
Flacoane orig. cu 30 cc.

Reprezentanţa generală:

Doctor ALEX. RADU, — Bucureşti 3,
Strada Sofia, 30

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop: Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore. Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore. Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate: Adulţi: 5—8 în 24 ore. Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.

Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.

Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

NEOLIDES

(Generatoare de oxigen şi ozon)

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulceraţiunile colului.

OVUNÉOL

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic şi glicerină.

Nu pătează. 1 ovulă seara la culcare.

Laboratoires du Prof. BOTTU — PARIS.

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 2 — 10 Lei Exemplarul — 15 Ianuarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 141/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIIU

SUMARUL:

	Pagina
ARTICOLE ŞTIINŢIFICE	
Dr. C. D. CONSTANTINESCU: *Hemoragiile meningeale*	13
Dr. ANDREI CÂRSTEA, Dr. VASILE PLATAREANU şi Dr. ION TANASESCU: *Apendiculo-Duodenita*	16
Dr. ŞERBAN PAPADOPOL: *Un caz de sifilis decapitat prin transfuzie sanguină*	15
Dr. C. SANDULESCU: *Sigmund Freud şi Psihanaliza*	17
Dr. N. LENGYEL: *Bismogenol Tosse în tratamentul sitilisului*	19
CRONICI	
Prof. Dr. P. TOMESCU: *Anul medical 1939*	21
Prof. Dr. EMIL ŢEPOSU: *Maestrul Prof. I. Iacobovici*	20
REVISTA CĂRŢILOR	
Prof. E. K. Frey (Düseldorf): Die Chirurgie des Herzens, recenzat de Dr. Vişineanu	18
NOTE ŞI INFORMAŢIUNI	
Plecarea la posturile lor a noilor medici de circumscripţie; Activitatea Medicilor Români pentru studii la Paris; O carte interesantă: «Travaux cliniques» de D-rul D. Zamfir; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei	23
Conferinţa dela ministerul Sănătăţii a inspectorilor sanitari şi a medicilor primari de judeţe şi oraşe; Mişcare în corpul technic sanitar superior al Ministerului Sănătăţei	24
BIBLIOGRAFII	
Dr. Al. D. Rădulescu: Tratat de ortopedie chirurgicală. Cluj. Tipografia «Cartea Românească», 1939. Un volum de 1080 pagini, frumos ilustrat 1200 lei.	

In toate infecţiunile streptococice

Prontosil

Activ în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-9286, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18 Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după luni de la data expirării eficacităţii.

DEPOZIT GENERAL DE DESFACERE ŞI REPREZENTANT:

„DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE
TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA
RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatură la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

LABORATOIRES G. EDGARD-ROSA

PARIS XVII-e

«LA FEUILLE FRAÎCHE D'ARTICHAUT EN THÉRAPEUTIQUE»

TONIC HEPATIC-
DIURETIC-COLESTEROLITIC
FAVORIZANT AL METABOLISMULUI
UREII ŞI COLESTEROLULUI

CHOPHYTOL

Picături (flacoane **mici** şi mari)
Dragee (flacoane **mici** şi mari)
Injecţii (cutii a 6 şi a 12 fiole)

Eşantioane şi literatură:

FARMACIST G. SIMONIU

BUCUREŞTI III.

Bulev. Vintilă Brătianu No. 5

Telef. 2-79.50

CALCIFIX „GAMMA“

GRANULE

Solubile

Gust agreabil

FIOLE

Injectabile

Intramuscular. Intravenos

REMINERALIZANT
RECONSTITUANT
FORTIFIANT

Gluconat de Calciu } 10%
Levulinat de Calciu }

Clorh. de CHOLINĂ 5‰

Prezentare
10 fiole à 5 cmc.
25 „ à 5 cmc.
5 „ à 10 cmc.
25 „ à 10 cmc.

Repr. generală pentru România: „S. I. F.“ s. a. r. Bucureşti IV, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51

Preparat de ficat injectabil, foarte activ chiar în doze mici

Pentru stimularea rapidă a organelor hematopoetice

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei de Asigurări Sociale din România.

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN

Ambalaje originale:

Cutii cu 5 şi 25 fiole de 2 cmc.
Cutii cu 3 şi 15 fiole de 5 cmc.
Flacon cu dop de străpuns de 10 cmc.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86.
Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Anul XVIII. No. 2 — 10 Lei Exemplarul — 15 Ianuarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

HEMORAGIILE MENINGEALE

de Dr. C. D. CONSTANTINESCU

Confundate multă vreme cu hemoragiile cerebrale, socotite în urmă ca fiind rare, hemoragiile meningeale trebue, din potrivă, să fie considerate în timpul de faţă, ca unele ce se întâlnesc destul de des în practica medicală, datorită introducerii în clinică a punctiei rahidiane. Este însă nevoe să facem de la început distincţiune între hemoragiile grave, adeseori *mortale*, şi hemoragiile mici, curabile. Cele dintâi sunt într'adevăr rare şi se manifestă printr'un sindrom impresionant, în vreme ce hemoragiile din cel de al doilea grup, mai frecvente, nu pot să fie recunoscute decât dacă atenţiunea medicilor este atrasă asupra existenţei lor. Cunoaşterea acestora de pe urmă prezintă un interes deosebit, căci trecând obicinuit neobservate dau loc la diagnostice eronate, deopotrivă de prejudiciabile medicilor şi bolnavilor: dovadă o serie de cazuri observate în ultimul timp în clientela noastră particulară.

Sunt vre-o câţiva ani de când am fost consultaţi de către un tânăr ofiţer, care fusese de curând mutat în Capitală. Era bolnav de câteva zile şi se socotea răcit. Avea *febră*. Se plângea de *cefalee* şi se găsea într'o stare de *toropeală* care'l făcea să răspundă cu anevoinţă întrebărilor puse. Ne-a afirmat, între altele, că umblând după închirierea unui apartament de locuit, ar fi căzut în pivniţa unei case. Nu-şi reamintea decât cu greutate de cele ce s'au întâmplat ulterior. Am pus la îndoială, la început, declaraţiunea sa, căci nu numai că intelectul său era obnubilat, dar nici nu prezenta vreun semn de contuzie. Am crezut că ar fi vorba de o gripă şi gândul ni se îndrepta mai ales către posibilitatea existenţei unei encefalite letargice. Febra a persistat. S'au adăugat în urmă la cefalee şi alte simptome de iritaţie meningeală: *înţepenirea cefei, semnul lui Kernig* şi *iperestezie cutanată. Dormita.* Am recurs la confratele *Dr. Aramă* spre a-i practica o *punctie lombară*. Spre marea noastră mirare prin ac s'a scurs, sub presiune, un *lichid xantocromatic*, iar de la laborator ni s'a comunicat ulterior că după centrifugarea lichidului, *sedimentul examinat conţinea numeroase hematii şi limfocite, fără să se constate prezenţa de fibrină şi de microbi; albumina era crescută.* Fără îndoială că afirmaţiunea pacientului nostru nu mai putea fi pusă la îndoială; era vorba de o hemoragie meningeală *traumatică*. Odată cu stabilirea diagnosticului, punctia a ameliorat deasemeni simptomele prezentate de bolnavul nostru şi în special cefalea şi toropeala. A mai fost însă nevoe şi de alte punctii, practicate la intervale, până la vindecarea sa completă. Unul dintre noi a fost în urmă la adresa indicată de ofiţer, iar portarul imobilului i-a confirmat accidentul, amintindu şi că a şi ajutat la suirea pacientului într'un vehicul care l-a transportat la domiciliu.

Cel de al 2-lea caz este referitor la o doamnă în vârstă de 58 ani, care suferea de mult de *hipertensiune arterială*; era soţia unui funcţionar mutat din Iaşi şi locuia în cartierul Sf. Elefterie. Avea *febră* şi era într'o stare de *somnolenţă continuă* de vre-o 10 zile. *Refuza orice alimentaţie solidă*; se hrănea numai cu o cantitate mică de lapte şi bea apă îndulcită. Membrii familiei observaseră că de mai mult timp devenise foarte iritabilă şi prezenta şi o emotivitate exagerată. Boala începuse prin *cefalee* pronunţată însoţită de *greţuri*. Progresiv a căzut într'o stare de *toropare*, răspunzând greu la întrebările puse. Mx.=22 cm., dar anterior fusese 26 cm. Mai mulţi medici consultaţi au opinat că ar fi vorba în acest caz de o gripă, la care s'ar fi adăugat un episod de *nefrită acută* — la o nefro-cardio-aortică. Am împărtăşit la început această părere, dar mai târziu, în consultaţie cu d. *prof. Dr. Bacaloglu*, reamintindu-mi de observaţ unea mai sus relatată, am propus şi s'a acceptat o punctie lombară. Pacienta mai prezenta o *înţepenire a cefei* şi un *Kernig schiţat*. Punctia a fost practicată de către d. *Dr. Aramă*. Lichidul cefalo rahidian era *xantocromatic* şi, ca şi în celălalt caz, *sedimentul* obţinut prin centrifugare *conţinea hematii şi limfocite*. Ameliorată chiar după cea dintâiu a fost nevoe încă de alte două punctii până la completa cădere a febrei şi a dispariţiei celorlalte simptome de iritaţie meningeală.

A 3-a observaţie este privitoare la un distin confrate dermatolog şi bacteriolog în vârstă de aproape 70 ani. Întovărăşise la Băile Erculane pe soţia sa, căci personal evita băile din cauza *hipertensiunei arteriale* pe care o prezenta de mult; Mx. în jurul 26 c.m. La un moment dat, fără de motiv, a început să se plângă de cefalee, să fie iritabil şi să sufere de insomnie. La câteva zile în urmă, din cauza febrei şi a obnubilaţiei intelectuale pe care o prezenta, a fost sfătuit să se înapoieze la domiciliu. Văzut de la sosirea sa, *avea temper. 39°*. Era în stare de *somnolenţă* şi prezenta unele *mişcări automate* ale muşchilor buzelor şi membrelor. Febra a durat 4 zile, variind între 39-40°. Cum urina des, s'a bănuit la început o infecţie a băşicei urinare la un prostatic, dar explorarea practicată de către d. *Dr. Gh. Marinescu*, a fost negativă. In timpul examenului ne-a fost însă atrasă atenţiunea asupra *contracturei generalizate* pe care o prezenta pacientul, ca şi de *înţepenirea cefei*. Ne-am reamintit atunci cazurile anterior observate şi am chemat în consultaţie tot pe d. *Dr. Aramă*, care însă a constatat de astă dată că prin acul cu care s'a făcut punctia rahidiană se scurgea un *lichid roşu, în jet continu* şi *sub presiune*. Ni s'a comunicat în urmă de la laborator, că era vorba de un lichid cefalo-rahidian care conţinea un *extrem de mare număr de hematii*, că acest lichid *nu conţinea fibrină* şi că, prin repaus, G. R. s'au *sedimentat* într'un strat gros. Pacientul a sucombat în *coma*.

In cel de al 4-lea caz a fost vorba de un proprietar în vârstă de 47 ani, examinat în luna Mai a. c. I se atrăsese de mul timp atenţiunea că este *hipertensiv*, Mx. oscilând între 22-26 cm. La un moment dat a fost apucat brusc de o durere de cap violentă, însoţită de greţuri şi de vărsături; nu putea dormi noaptea. Cum după mai multe zile începuse să aibă şi *febră*, am fost chemat în consultaţie de către medicul său curant, *Dr. Dobrescu*. Mx. scăzuse la 18 cm. Era foarte *deprimat*. La examen, pe lângă fenomenele de aortită cronică o manifestă *înţepenire a cefei*. Am anunţat pe *d. Dr. Aramă*, care s'a prezintat după puţin timp şi a practicat bolnavului o punctie lombară. Lichidul era manifest xantocromatic, iar dela laborator ni s'a comunicat ulterior, că sedimentnl conţinea numeroase hematii, multe limfocite şi câteva mono şi polinucleare; albumina era crescută. Nu a mai fost în urmă nevoe de altă punctie, căci cefalea a dispărut imediat, iar fenomenele de iritaţie meningeală s'au atenuat şi au dispărut treptat. Din nefericire la câtva timp în urmă pacientul a făcut un *infarct al miocardului*, confirmat şi electrocardiografic (*Dr. C. Zamfir*). După 6 săptămâni de repaus complet şi mai multe luni de lipsă de activitate, bolnavul şi-a reluat progresiv ocupaţiile de mare agricultor, continuând însă tratamentul şi regimul dieteto-igienic prescris.

In sfârşit cazul al 5-lea a fost observat acum 1 lună numai, chemat în consultaţie împreună cu d. *Dr. Sergiu Stoicescu* la un sanatoriu din Capitală. Era vorba de o doamnă în vârstă de 62 ani, mama unui distins prof. universitar. Era *febrilă de aproape 3 săptămâni* şi dela intrarea sa în casa de sănătate se practicase o hemocultură rămasă negativă şi două uroculturi, cari puseseră în evidenţă existenţa unui bacil cu caracterele morfologice ale bacilului pseudo-difteric. Suferea de mult de *hipertensie arterială*, Mx. variind în cursul şederii în sanatoriu între 22-26 cm. Cum pe lângă febră ceace atrăgea atenţiunea era starea de *torpoare* sau de somnolenţă a bolnavei, însoţită de o pronunţată *înţepenire a cefei*, am propus o punctie rahidiană, care s'a practicat a doua zi: lichidul cefalo-rahid. a fost găsit *xantocromatic* şi conţinea *6 limfocite* (celula Nageotte). Dacă însă în urma acestei punctiuni s'a constatat o a-

meliorare manifestă a turburărilor nervoase pe care pacienta le prezenta, din nefericire febra care dispăruse a reapărut la câteva zile în urmă, iar bolnava a sucombat cu fenomene *uremice*, urea din sânge ridicându-se până la 4‰. O ultimă uro-cultură pusese în evidenţă existenţa unei colibacilurii.

După cum reese din cele 5 observaţiuni clinice rezumate, în toate aceste cazuri a fost vorba de hemoragii meningeale, dar numai într'una dintr'însele hemoragia a fost cauza morţii, deşi chiar în acest caz pacientul nu a prezentat simptomele obicinuit constatate. Se ştie într'adevăr că în hemoragiile grave, abundente, după o scurtă perioadă de cefalee, bolnavii cad într'un ictus apoplectic, căruia îi urmează o stare de comă de durată variabilă, succedându-i apoi o perioadă în timpul căreia apar semne de iritaţie meningeală şi de leziuni superficiale ale creerului. In cazul nostru (obs. III), nu am constatat cele dintâi două faze. Dacă însă febra şi celelalte simptome prezentate la început le-am atribuit unei hemoragii mici, o nouă hemoragie abundentă a determinat moartea prin cantitatea revărsatului, dovadă rezultatul punctiei rahidiene, practicată tardiv, care arăta că lichidul extras era sanghinolent.

Cât este vorba despre hemoragiile mici, curabile, simptomatologia lor nu este de loc dramatică şi este datorită revărsatului de sânge în spaţiul subarahnoidian, căci se ştie că *globulele roşii determină o iritaţie a meningelor asemuitoare cu acea produsă de microbi şi toxine;* de aci şi asemuirea lor cu meningitele: cefalee, întepenirea cefei, Kernig, contracturi. Există de asemeni, deşi mai rar, leziuni superficiale ale creerului, şi turburări bulbare: rărirea pulsului, dunga meningitică, neregularităţi ale respiraţiei. Se poate constata apoi şi o exagerare a reflexelor tendinoase, inegalitate pupilară, echimoze sub-conjonctivale ori congestiune sau oedem al papilei cu sau fără de hemoragii retiniene. Un simptom important şi asupra căruia dorim să insistăm este *febra*, datorită rezorbţiei revărsatului *(febra hematolitică)*, simptom care apare obicinuit la câtva timp în urma hemoragiilor şi se poate urca la 39° şi 40°, fiind de scurtă ori chiar de lungă durată. Asociaţia şi predominarea unora dintre simptome a îngăduit descrierea a numeroase forme clinice.

Chiar în formele acestea curabile ale hemoragiilor meningeale, se pot întâlni *forme comatoase*, în care însă pierderea motilităţii şi a sensibilităţii este trecătoare. Mult mai interesantă de cunoscut este însă *forma somnolentă*, în care fără de ictus sau coma, pacientul cade în stare de torpoare, în vreme ce apar şi se constată febra şi diferitele simptome de iritaţie meningeală. In *forma dureroasă* bolnavii sunt apucaţi brusc de ameţeli şi cefalee, iar în urmă apar dureri de cap şi dealungul rachisului, cu exacerbaţiuni spontane sau provocate prin mişcări; delirul este frecuent, fiind însoţit de agitaţie şi de gemete. Amintim numai *formele convulsive, hemiplegice* şi *demenţiale* spre a atrage atenţia asupra celor *frustre* şi *latente*. Cele dintâi se manifestă cele mai adeseori prin cefalee şi ameţeli, aşa că mulţi bolnavi pot să-şi continue ocupaţiunile; sunt însă cazuri în cari se întâlnesc turburări asociate: pareze, turburări pupilare, modificări ale papilei nervului optic. Cât este vorba despre hemoragiile meningeale latente, ele apar obişnuit în cursul a diferite infecţiuni şi semnele prin cari se manifestă sunt ascunse de către acelea ale stărilor morbide primitive care le determină.

Observaţiunile noastre personale intrau în cadrul formei somnolente sau meningitice a hemoragiilor cerebrale, dar *diagnosticul, bănuit numai, nu a fost confirmat în aceste cazuri de cât prin punctia lombară*, despre care s'a spus cu drept cuvânt că constitue o biopsie a spaţiilor subarahnoidiene, căci permite cercetarea semnului anatomic al acestor emoragii: prezenţa de globule roşii în lichidul cefalo-rahidian. Alături însă de *sedimentarea hematiilor*, un alt caracter al lichidului cefalo-rahidian îl constitue *culoarea* sa, care repede devine roşie, iar sub influenţa hemolizei produsă de către globulele albe şi a fermenţilor pe cari-i conţin, capătă diferite transformări: galbenă-rozat, verzui fluorescentă, galbenă (xantocromatică), în raport cu timpul scurs de la producerea revărsatului. Dar pe lângă *cromodiagnostic* (Sicard), s'a mai atras atenţiunea asupra *lipsei de chiag fibrinos* în lichidul cefalo-rahidian, căci el a fost deja format la suprafaţa creerului ori în fundul de sac inferior al spaţiului subarahinoidian. Deosebit de interesante pentru stabilirea diagnosticului sunt apoi şi *caracterele microscopice:* numărătoarea G. R. şi G. A., determinarea formulei leucocitare şi examenul citologic, care permite recunoaşterea diferitelor modificări morfologice ale hematiilor în raport cu intensitatea şi durata hemolizei; amintim apoi mărirea cantităţei de albumină.

Neapărat că modificările constatate în lichidul cefalo-rahidian trebue să fie întotdeauna interpretate. Numai într'unul din cazurile noastre (obs. V-a), lichidul xantocromatic conţinea 6 limfocite la celula Nagotte, *fără de a se constata prezenţa de hematii*. Culoarea lichidului, ca şi reacţia meningee manifestată prin limfocitoză, dovedeau existenţa în acest caz a unei hemoragii, lipsa globulelor roşii putând fi interpretată ca datorită hemolizei complecte; venea în sprijinul acestei explicaţiuni lunga durată a sindromului prezentat, deşi nu se putea elimina posibilitatea unei mici hemoragii cerebrale cu filtrare secundară a pigmenţilor în spaţiul sub-arahnoidian. Nu vom insista asupra mijloacelor, în deobşte cunoscute, prin care se poate deosebi hemoragia meningeală de înţepătura accidentală a unui vas în timpul practicării punctiei rahidiane şi nici asupra diagnosticului diferenţial cu hemoragiile ivite în cursul evoluţiei meningitelor. Cât este însă vorba despre *etiologie*, se ştie că s'au împărţit hemoragiile meningeale în *obstetricale*, care apar la noii născuţi după faceri grele, în hemoragii *chirurgicale*, care se ivesc după traumatisme, şi hemoragii meningeale *medicale*, care în aparenţă cel puţin se ivesc spontan. Exceptându-se Obs. I, în care traumatismul fusese cauza hemoragiei, în toate celelalte cazuri ale noastre a fost vorba de *hemoragii medicale observate la vechi hipertensivi arteriali*. Ori, dacă se enumără printre cauzele posibile ale acestor hemoragii infecţiunile şi intoxicaţiunile generale, infecţiunile locale, precum sunt meningitele acute şi cele t-bc, tumorile cerbrale, insolaţia, unele boale ale sângelui ori diferite afecţiuni emoragice, sau jena din vine care poate să apară în tusea convulsivă, emfizem şi asistolie, este incontestabil că hemoragiile sunt mai ales observate în hipertensiunea arterială permanentă şi paroxistică, constituind ceeace *Vaquez* şi *Esmein* au descris sub numele de *epistaxis meningeal*.

In evoluţia hipertensiunei arteriale permanente, *Gallavardin* a descris 3 faze: *latentă, turburată* şi de pronunţată *insuficienţă cerebro-cardio-renală (defaillance)*. Cea de a doua fază este cea mai interesantă de cunoscut, căci în cursul ei încep să apară numeroase manifestaţiuni printre cari turburările nervoase şi emoragiile *Laubry*, a descris în special modificările intelectuale caracterizate prin inaptitudine la lucru, turburări în memorie, caracter şi ideaţie; deasemeni amnezii, hemipareze şi hemianopsii trecătoare. Un alt simptom des observat este apoi insomnia şi mai ales cefalea, frontală sau occipitală, uneori pulsatilă, însoţită de greţuri şi de vărsături cu întepenirea cefei, cefalee care uneori se poate să se manifeste sub formă de crize care durează 8 — 10 zile. Nu se cunosc apoi ameţelile, aşa de des întâlnite? Intrucât priveşte hemoragiile, au fost observate în această fază purpura, hemoragiile sub-conjonctivale, epistaxisul, hemoragiile cerebrale şi meningeale, apoplexiile fiind destul de frecvente, căci au fost întâlnite de către *Janeway* în 16% dintre cazurile urmărite. Nu se cunoaşte exact cauza aces-

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"
SPECIA 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale : „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC — ANALGETIC REVULSIV — TOPIC

NEUROSEDATIVUL CU ACŢIUNE CONSTANTĂ

TURBURĂRI DE ORIGINE HEPATICĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

tor turburări, pe rând atribuite unui element mecanic, retenţiei renale, slăbirei miocardului, hipertensiunei paroxistice ori leziunilor de arterio-scleroză. Fapt este că toate aceste manifestaţiuni trebue să fie cunoscute spre a se deosebi hemoragiile meningeale de celelalte manifestaţiuni nervoase cu care se pot confunda, precum şi pentru a se stabili prognosticul într'un caz dat.

Se admite actualmente că hipertensiunea arterială ar fi datorită unei disarmonii între factorii regulatori ai presiunei arteriale normale: *sistemul presor*, constituit din centrii nervoşi şi glandulari, şi *sistemul depresor*, alcătuit din nervii lui *Cyon* şi cel al lui *Hering*, care în mod reflex răresc bătăile cordului, provoacă o vaso-dilataţie şi inhibă adrenalino-secreţia; pe de altă parte se deosebesc hipertensiuni arteriale *esenţiale* şi altele *secundare*, cele dintâi putând fi continui, oscilante, ori *maligne*, acest ultim caracter putând să-l aibă dela început ori în cursul evoluţiunei lor. In general, *hipertensiunile maligne* evoluiază repede şi sunt atribuite unui spasm generalizat şi durabil al arteriorelor, care ar determina cu timpul leziuni arterio-capilare care s'ar întinde la toate parenchimele. Dacă în principiu orice hipertensiune arterială poate să provoace în cursul evoluţiei, diferite turburări, printre care hemoragiile meningeale, este incontestabil că acestea din urmă se întâlnesc mai ales în formele maligne, de unde şi necesitatea de a le putea recunoaşte la timp. *Riser* a insistat asupra unora dintre factorii cari pot face să se prevadă această formă clinică: vârsta tânără, ereditatea, sarcina, micşorarea presiunei diferenţiale şi mai ales constatarea variaţiilor desordonate ale acestei presiuni; acelaş autor a descris apoi semnele cari pot servi la recunoaşterea malignităţii atunci când ea a apărut: *manifestaţiunile retiniene, meningita seroasă, unele turburări cerebrale, anemia şi slăbirea* pacienţilor precum şi diferitele mijloace pentru a diagnostica *insuficienţa renală* şi *cardiacă*. Tot *Riser* este apoi acela care a arătat importanţa recunoaşterii *oedemului cefalic*, care ar fi datorit, ca şi turburările oculo-meningee, unei hiperpermeabilităţi a arteriolelor, spre a insista în urmă asupra simptomelor vasculare periferice şi asupra metodei *Wagener* şi *Keith*, care consistă în biopsia marelui pectoral spre a recunoaşte *panarterita*, cauza malignităţii acestor forme de hipertensie arterială.

Am insistat mai mult asupra hemoragiilor meningeale, care apar în hipertensiunile arteriale, pentru că în 4 din cele 5 observaţiuni personale, aceasta a fost cauza apariţiunei lor. In toate aceste cazuri *diagnosticul nu a putut fi însă stabilit cu certitudine de cât prin puncţia rahidiană, care constitue în acelaş timp şi cel mai eficace mijloc terapeutic*, căci se obţine în acest chip nu numai micşorarea tensiunei lichidului cefalorahidian, dar şi desintoxicaţia sistemului nervos prin sustragerea produşilor toxici formaţi în urma revărsatului de sânge şi a hematolizei consecutive. La început şi atâta timp cât lichidul cefalo-rahidian este sub presiune, puncţiunile trebue să fie repetate zilnic, iar în urmă şi în celelalte cazuri, în raport cu modificarea simptomelor nervoase prezentate de către bolnavi. In două dintre observaţiunile noastre nu a fost nevoie decât de o singură puncţie spre a se constata o imediată ameliorare şi apoi dispariţia sindromului meningeal. Sunt rezultatele obţinute care ne-au determinat să reluăm studiul acestor hemoragii meningeale şi în special a acelora curabile. Dealtmiteri observaţiunile personale ne dau convingerea că aceste hemoragii se întâlnesc, în practica medicală, mult mai des decât se crede. Un motiv mai mult spre a fi cercetate.

Un caz de sifilis decapitat prin transfuzie sanguină *)

de Dr. SERBAN PAPADOPOL

Experimental şi clinic, problema posibilităţii transmisiunii sifilisului pe cale intravenoasă este complect elucidată actualmente atât prin cercetările experimentale ale lui *Uhlenhut* şi *Mulzer*, *Grosman*, cât şi prin observaţiile clinice ale lui *Spielman* şi *Morel*, *Feldman*, *Constantinescu* şi *Vătămanu*, *Aubertin* şi *Fleeny*, *Marchal*, *Schulman*, *Dufour*, *Tzanck* şi *Nerth*.

In unanimitate se demonstrează posibilitatea unei infecţiuni sifilitice fără desvoltarea accidentului iniţial, constituind o formă clinică particulară, sifilisul decapitat sau sifilisul fără şancru. La cazurile clinice citate, adăugăm încă unul ce am avut ocazia a-l observa în clinica Dermato-Sifiligrafică.

S. M..., de 41 ani, de profesiune acar; se internează în serviciu la 11 Martie 1939, pentru rozeolă generalizată şi sifilide papuloase diseminate pe torace şi abdomen, sifilide scrotale şi perianale.

Antecedente personale. In copilărie a suferit de scarlatină, neagă alte maladii infecto-contagioase sau venerice.

Istoric. La 1 Martie 1939,, cu 10 zile înainte de a se interna în spital, bolnavul observă pe faţa internă a ambelor coapse, papule de mărimea unui bob de meiu, urmată la două, trei zile de o erupţie eritemato-papuloasă generalizată.

Chestionat asupra originei maladiei prezente, bolnavul neagă orice alt simptom suspect înainte de apariţia erupţiei actuale. Un examen minuţios al organelor genitale nu ne permit să constatăm nici o leziune sau restul unei leziuni care să fie interpretată ca o poartă de intrare a infecţiei actuale. In regiunea inghinală stângă se palpează un ganglion de mărimea unui bob de fasole; în regiunea inghinală dreaptă nu observăm nimic anormal. Ganglionii epitrocleeni şi cervicali uşor măriţi de volum.

Reacţiile serologice Bordet Wassermann, Meinicke şi Kahn, sunt intens pozitive.

Intrigaţi că nu am putut descoperi poarta de intrare insistăm asupra anamnezei şi bolnavul ne declară că fiind suferind de sciatică i se face o laminectomie în regiunea lombară într'uunl din spitalele din Capitală. In cursul operaţiei pierzând o mare cantitate de sânge, i se face o transfuzie sanghină apelându-se la serviciile unei infirmiere. Transfuzia s'a practicat în ziua de 8 Decembrie 1938, deci aproximativ cu 82 zile înainte de apariţia erupţiei actuale.

Inlănţuirea faptelor îndreptăţia ipoteza unei contaminări pe calea transfuziei sanghine. Pentru a confirma această supoziţie trebuia să examinăm donatorul şi soţia bolnavului.

Donatorul, este o infirmieră de 24 ani, numită în serviciu cam cu o lună înainte de transfuzie. Cu ocazia numirii este examinată medical, fără a i se face reacţiile serologice. Declară că reacţia Bordet Wasserman, făcută cu un an înainte ar fi fost negativă. Examinată general şi genital (vulvar şi col uterin) nu găsim nici o leziune floridă; în regiunea inghinală se palpează câţiva ganglioni duri nedureroşi, deasemenea şi în regiunea cervicală. Reacţiile serologice Bordet Wassermann, Meinicke şi Kahn făcute în laboratrul clinicei noastre sunt intens pozitive.

Soţia bolnavului, Maria M..., în vârstă de 38 ani, nu prezintă nici o leziune activă şi ne asigură a nu fi avut nici o boală venerianâ. Reacţiile serologice B. W. şi Meinicke, negative.

Confruntarea acestor date ne permit a conclude că donatorul prezinta în momentul examenului nostru un sifilis latent. Nu putem răspunde precis dacă infirmiera în momentul transfuziei sanghine prezenta sau nu vreo leziune activă.

*) *Lucrare făcută în Clinica Dermato-Sifiligrafică-Bucureşti.*

In concluzie este vorba de un bolnav ce în cursul unei operaţii i se face o transfuzie şi după 82 de zile prezintă un sifilis secundar. Timpul scurt între data contactului contaminant şi apariţia leziunei secundare sifilitice de la cazul nostru, se aseamă cu observaţiile lui *Constantinescu* şi *Vătămanu* (75 zile)., *Feldman* (70 zile), *Dufour* (76 zile); în discordanţă cu observaţia lui *Spielman* şi *Morel* a cărei incubaţie a fost de 30 zile.

Milian discutând acest ultim caz, crede că bolnavul avea probabil o infecţie mai veche şi numai coincidenţa transfuziei a fost pusă cu desvoltarea leziunilor secundare. Şi în cazul nostru ca şi în observaţiile clinice precedente — timpul de 80 de zile — demonstrează că rozeola se desvoltă ca şi cum şancrul ar fi existat.

Primul act al infecţiei nu lipseşte, ci este numai mascat desfăşurându-se în mod criptogenetic în intimitatea organismului, probabil în ganglioni.

Acest caz, ca şi celelalte, ne învaţă să fim foarte prudenţi în momentul când practicăm o transfuzie sanghină. Dr. *Arnault Tzanck* într'un articol intitulat «Syphilis et transfusion sanguine», publicat în Archives Dermat. Syphilografiques de la Clinique de l'Hopital Saint-Louis, consiliază că e prudent a se respecta regulele următoare în momentul practicării transfuziei sanghine:

1. Să se prefere donatorii studiaţi şi urmăriţi;
2. Să se practice sistematic examenul clinic, chiar dacă reacţiile sunt negative, în vederea depistării unui sifilis recent cu serologia negativă; — şi
3. Să fie refuzaţi ca donatori orice sifilitic sau eredo-sifilitic chiar dacă boala este veche sau reacţiile sunt negative.

APENDICULO - DUODENITA

de Dr. ANDREI CÂRSTEA Dr. VASILE PLĂTĂREANU şi Dr. ION TĂNĂSESCU

Cunoscută şi descrisă de mai bine de un secol, apendicita a dat loc la numeroase cercetări şi publicaţiuni, cari ne-ar îndreptăţi să credem că tot ce era important de spus despre această afecţiune s'a spus. In stadiul actual al ştiinţei şi profanii ştiu că tratamentul apendicitei este operaţia. Tehnica acestei intervenţii a fost pusă la punct în cele mai mici amănunte, astfel că am putea spune că adevărata învăţare a artei chirurgicale începe cu extirparea apendicelui. Insăşi bolnavii snut convinşi că procentul de mortalitate printr'o operaţie de apendicită este foarte mic şi din această cauză ei se supun cu uşurinţă extirpării apendicelui. Ba uneori moda intervine şi astfel s'a ajuns ca cel puţin jumătatea bolnavilor cari trec prin sălile de operaţii să o facă pentru a fi apendicectomizaţi.

Departe de a fi un rău, această practică operatorie este un mare bine căci numai în felul acesta au fost salvaţi numeroşi bolnavi, cari altfel s'ar fi prăpădit de o apendicită acută.

Un merit foarte mare în popularizarea acestei operaţii, atât în ţară cât şi în străinătate, îl are d. dr. Poenaru-Căplescu, care timp de atâtea decenii a perseverat în a ne arăta pericolul apendicitei precum şi necesitatea extirpării apendicelui.

Inlăturarea apendicelui suprimă însă numai pericolul unei crize acute sau al unei perforaţii şi nu opreşte suferinţele bolnavului.

Totdeauna am fost impresionaţi de marele număr de bolnavi care continuă să sufere după o apendicectomie.

Uneori aceste suferinţe chiar se măresc, aşa cum arată şi Paul Jaquet.

Chiar atunci când bolnavii nu au dureri propriu zise, ei prezintă oarecari turburări digestive pe care, cu intermitenţă le păstrează toată viaţa. Foarte rar se văd bolnavi care au fost apendicectomizaţi şi nu au nici un fel de turburare.

Aceste turburări nu au scăpat cercetătorilor în cursul vremii şi ele au fost atribuite unei complicaţii cum ar fi o colită dreaptă, unei pericolite, unei entero-nevrite, unei colecistite, unui ulcer duodenal, unei epiploite sau unei mezenterite.

Cea mai recentă complicaţie a fost semnalată periduodenita despre unul din noi a făcut o comunicare într'un număr precedent al revistei «Spitalul» (No. 5, din 1939).

In cursul intervenţiilor pentru apendicită făcute pe un număr de câteva zeci de cazuri, am căutat ca printr'o incizie largă să explorăm şi organele din etajul superior abdominal. Cu această ocazie ne-am dat seama că procesul de periduodenită era constant. Atunci ne-am pus întrebarea, care este legătura patologică şi poate fiziologică între apendice şi duoden şi între acesta şi organele cu care are funcţiuni foarte strânse (ficat, stomac, pancreas). Această întrebare a fost pusă de noi şi într'un articol precedent («Spitalul» No. 7 — 8 din 1938). Cu acea ocazie am spus că duodenul participă printr'o periduodenită la procesul apendicular, dar că s'ar putea să aibă cu apendicele şi legături nervoase şi poate de ordin hormonal. In orice caz ceeace determină turburările în etajul superior abdominal în cursul unei apendicite cronice, fie că acestea aparţin ficatului, stomacului sau pancreasului, sunt în legătură cu o *duodenită*. Produsă printr'o periduodenită şi condiţionată de anumite legături nervoase (Brodin şi Tedescu) sau poate hormonale, această duodenită este constantă în cursul apendicitei cronice şi este evidentă în perioadele ei rele.

Din cauza aceasta socotim că apendicita cronică este de fapt o *apendiculo-duodenită*.

Pentru stabilirea *diagnosticului* de duodenită şi periduodenită am spus în articolul mai sus pomenit că ne servim de:

1. Examenul clinic.
2. Examenul radiologic.
3. Tubajul duodenal.
4. Intervenţia chirurgicală.

1. *Examenul clinic* este de importanţă foarte mare. Interogatoriul ne poate arăta simptome care în general sunt atribuite unui ulcer gastric cum ar fi durerea tardivă şi greaţa, dar care de fapt ţin de procesul de duodenită, aşa cum am arătat în articolul mai sus menţionat.

Bolnavul se mai poate plânge de dureri în evacuarea biliară, cum ar fi balonările după mese, greutate în timpul digestiei, etc., scaune diareice după mese, constipaţie sau de turburări dispeptice în legătură cu o secreţie pancreatică defectuoasă (dispepsie prin fermentaţie sau putrefacţie). In unele cazuri durerea este continuă şi nu poate fi uşurată prin nimic. Mai rar întâlnim fenomene de intoxicaţie duodenală, aşa cum le-am descris la periduodenitele apendiculare.

Durerea provocată se găseşte întotdeauna în duodenita care însoţeşte apendicita cronică. Am spus în altă parte că în mod obişnuit noi cercetăm porţiunea II-a, III-a, şi IV-a duodenală. Porţiunea II-a o explorăm apăsând cu degetele perpendicular pe coloana vertebrală, dela dreapta spre stânga. Când aceasta este comprimată pe coloană, bolnavul simte o durere foarte vie care nu se întâlneşte decât atunci când există un proces la acest nivel. Porţiunea III-a o palpăm pe coloana vertebrală apăsând pe linia mediană în dreptul ombilicului sau puţin deasupra lui. Uneori simţim în profunzime un mic cilindru, sensibil în caz de inflamaţii, care trece peste coloana vertebrală.

Porţiunea III-a o explorăm la fel ca şi pe cea a II-a numai că presiunea degetelor se exercită dela stânga spre dreapta.

2. *Examenul radiologic* ne este de un mare ajutor. Cu altă ocazie noi am spus că imaginele atribuite în general procesului de periduodenită sunt datorite unei participări la inflamaţie a mucoasei duodenale. Pentru bulb Kadrnka citează că imagini anormale : «Depresiuni ale conturului, rotunde

Tratamentul sifilisului este
o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluție stabilă, gata preparată pentru injecțiuni intravenoase și intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic și clinic ca și NEOSALVARSAN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moților 18. Tel. 37-22.

Desinfectant şi recalcifiant pulmonar
în Tuberculoză
G r i p ă
Bronchite

SIROCALCIN

„S a p i c"

SIROCALCIN cu Efedrina

Sirop cu gust plăcut.

A n a l e p t i c C a r d i o t o n i c

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături. Fiole. Pulbere pentru receptură.

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Pneumonie
Bronchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT „Sapic"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
„S A P I C"
Bucureşti VI, Strada Cazărmei No. 89.

sau ascuţite, cu liniile nete sau şterse, regulate sau dinţate, realizând depresiuni mai mult sau mai puţin profunde, unice sau multiple, dând bulbului aspect de biloculaţie, treflă, mitră, etc.» La nivelul porţiunii II-a Kirklin descrie un aspect reticular al mucoasei.

Spasmul localizat la «genus inferius» a fost considerat de Brodin şi Tedescu tipic de apendicită.

Acolo unde pediculul mezenteric încrucişează porţiunea III-a duodenală putem vedea spasme, care determină contracţii antiperistaltice până la învingerea obstacolului.

După cum am spus, aceste semne nu se întâlnesc decât atunci când avem o inflamaţie a mucoasei duodenale şi anume în perioadele rele. In restul timpului examenul radiologic nu ne poate pune în evidenţă leziuni prea mici, cari sunt deasupra posibilităţilor de investigaţie ale acestui examen.

3. De mai mare importanţă ne apare *examenul sucului duodenal*, extras prin sonda Einhorn. In el putem găsi diferiţi microbi, în special colibacili, lamblia intestinalis, leucocite, celule epiteliale cilindrice şi ovalare, celule din căile biliare (Haţieganu) o vâscozitate mai mare şi o cantitate de mucus mărită ceeace traduce ca pentru întreg tubul digesitv, o inflamaţie.

4. *Intervenţia chirurgicală* prin incizie lărgită la polul superior ne permite să explorăm duodenul. Cu această ocazie ne convingem de prezenţa constantă a procesului de inflamaţie periduodenală localizată la una din porţiunile duodenului sau la totalitatea lui.

Peretele duodenului ne apare îngroşat.

Simptomatologia foarte bogată care se observă în etajul superior abdominal o putem prezenta după organele asupra cărora apendiculo-duodenita are mai multe răsfrângeri în mai multe *forme clinice:*

a) Apendiculo-duodenita formă hepatică, în care se pot vedea subicter, colecistită, calculoză biliară, turbuări de evacuare biliară (greutăţi şi balonări după mese, scaune neregulate, tendinţă de diaree, etc.), mărirea ficatului, etc.

b) *Apendiculo-duodenita forma ulceroasă.* Această formă se traduce prin tabloul ulcerului şi al gastritei hiperacide. Incă mai de mult Manchert admitea că 75% din ulcerele duodenale, iar Grekoff 100% sunt de origine apendiculară.

c) *Apendiculo-duodenita formă pancreatică.* In această formă ar predomina turburările de ordin dispeptic în special apendicita cu diaree cronică cu fermentaţie şi poate şi alte forme asupra cărora nu suntem încă fixaţi.

d) *Apendiculo-duodenita forma nevritică* este caracterizată printr'o durere epigastrică continuă şi s'ar asemăna cu periviscerita subhepatică a lui Enriquez. Ea este datorită unui proces de enteronevrită (Loeper).

Problema pusă de noi în forma aceasta are nu numai o importanţă patogenică ci şi una *terapeutică.* Am spus mai sus că simpla extirpare a apendicelui înlătură posibilitatea unei crize apendiculare cu toate pericolele ei. Ea nu suprimă însă turburările şi suferinţele bolnavului, care în cea mai mare parte îşi au sediul în nivelul duodenului. Uneori, chiar se întâmplă ca extirparea apendicelui să exagereze turburările de mai sus.

Până în prezent nu cunoaştem un tratament mai eficace ca cel medical.

Astfel noi am întrebuinţat pansamentele cu Bismuth foarte fin pulverizat, luat dimineaţa pe nemâncate. In forma hepatică soluţia Bourget şi urotropină simplă sau asociată cu salicilatul de magnezie. In forma ulceroasă prafurile de saturaţie înainte şi după fiecare masă şi pilulele cu belladona la mijlocul mesei.

In toate formele ne-a dat bune rezultate undelemnul de măsline, luat cu pâine la începutul mesei pentru a nu fi prea repede evacuat. În aceste condiţiuni el evacuiază o mare cantitate de bilă care în parte vine şi în stomac şi neutralizează excesul de acid. După o cură asemănătoare de 2 — 3 săptămâni bolnavii se simt foarte bine.

La cea mai mică greşeală de regim şi mai ales atunci când se întrebuinţează alimente cât de puţin alterate, care de oamenii normali sunt tolerate, apar din nou suferinţele obişnuite. Astfel că în stadiul actual aceşti bolnavi sunt condamnaţi să ţină regim toată viaţa.

Ne apare deci că simpla apendicectomie nu este suficientă şi că tratamentul apendiculo-duodenitei e încă necunoscut. Tratamentul fizioterapic este de încercat.

Siegmund Freud şi Psihanaliza

de Dr. C. SĂNDULESCU

In circumstanţe grele şi-a sfârşit de curând zilele octogenarul profesor Sigmund Freud.

S'a împlinit astfel o viaţă dedicată cu pathos unei doctrine originale. Puţine personalităţi culturale au fost în ultimele decenii sortite să fie subiectul preocupărilor intelectuale, în măsura hărăzită fostului psihiatru vienez. A fost o vreme, nu prea depărtată, când doctrina freudistă pătrunsese intens în opinia medicală şi extra-medicală, fie sub forma unei acceptări fără condiţii, fie, mai rar, sub aceia a unei negaţii integrale, aşa cum nu se întâmplase cu alte doctrine medicale, bunăoară cu aceia a lui Charcot sau cu blânda concepţie a couéismului. Şi într'un caz şi în celălalt exagerările au fost numeroase şi au caracterizat o epocă, mai bine zis o modă particulară a psihanalizei.

Aflându-ne azi la distanţă de primele erori legate inevitabil de strălucirea faptului inedit, ne putem da seama asupra semnificaţiei freudismului într'un chip mai obiectiv. Dacă teoria freudiană s'ar fi menţinut în cadrul patologiei neuro-psihice, adică s'ar fi limitat la preocupările de ordin ştiinţific medical, ar fi putut reuşi să intereseze opinia cultă şi ştiinţa propriu zisă în mod durabil; tinzând însă a se transforma într'o teorie explicativă generală a fenomenului existenţial şi înglobând laolaltă fapte din domeniul literar, artistic, social, etc., a devenit mai vulnerabilă şi mai inconsistentă, verificarea pozitivă a postulatelor nefiind posibilă pe plan epistemologic, omogen.

Pe de altă parte principiile în sine ale freudismului nu se înfăţişeau ştiinţific, ci incert — metafizic. Freudismul se prezenta în primul rând ca o doctrină filosofică — cu aplicaţii la medicină — şi având ca fundament o tehnică specială de investigaţie, psihanaliza. Dacă baza teoretică părea acceptabilă şi atractivă mai ales, aplicarea practică a principiilor nu a corespuns în totul aşteptărilor. Psihologia clasică la care lucrase generaţii întregi de filosofi şi oameni de ştiinţă pură, urma nici mai mult, nici mai puţin, decât să fie modificată radical în urma concepţiilor freudiene în materie de viaţă sufletească. Acelaşi lucru şi cu psihologia morbidă. Ce a rezultat din încercările de reformă medico — psihologică ale şcoalei psihanalitice?

Se ştie că Freud punea la baza întregei serii de fenomene vitale instinctul sexual. *Geschlechtstrieb* sau *libido.* Ideia nu era complet nouă, ci doar proporţiile afirmărei sale. Ea se găsea în filosofia lui Schopenhauer, după cum arăta Freud însuşi, dar se regăseşte în germene la Platon şi la alţi gânditori anteriori freudismului. Ce este bunăoară acel pasagiu nietzchein: «căţeaua sensualitate se oglindeşte în totul», decât un postulat pansexualist similifreudian? Dar în doctrina ce ne preocupă instinctul sexual a fost decretat în mod categoric drept fundament omnivalabil al trăirei, sau cum zice criticul Boll, Freud a împărţit lumea în două feluri de lucruri: găurite şi lungueţe. Unii apologeţi ai doctrinei afirmă că ulterior Freud ar

fi retractat cele spuse, reducând proporţiile dinamicei sexuale, argument care este mai mult de oportunitate şi care nu poate fi expus pe larg în această scurtă dare de seamă.

Simultan se vorbea în doctrina freudistă despre o prejudecată a maselor inclusiv a intelectualilor, prejudecată conform căreia se refuza să se creadă în realitatea pansexuală dintr'un soiu de ipocrizie a pudoarei. Era exactă teoria sexualităţei atotputernice freudiene? Ştiinţificeşte discuţia nu putea fi posibilă, verificarea fiind dificilă din pricina terenului de lucru vag şi incert; pe de altă parte în obiceiul psihanaliştilor intra şi maniera de a nu argumenta asupra principiilor, ci de a le prezenta şi a le afirma pur şi simplu ca atare, într'un fel radical şi cartezian ca să întrebuinţăm un termen parţial propriu când e vorba de freudism. Dealtfel nici nu este locul a face în acest scurt articol o dare de seamă asupra freudismului a cărui «trecere» în lumea cultă a scăzut semnificativ în ultimii ani. Pe vremuri am întrebuinţat fiecare dintre noi destulă vreme cu lecturile freudiene. Azi ne rămâne să ne întrebăm, fie şi ca nespecialişti, ce a rămas *valabil-medical* şi ce s'a irosit din toată teoria freudistă, după iureşul neofit dela început.

Din punct de vedere filosofic, teoria inconştientului care datează dela Carus, Hartmann, Janet şi alţii a fost ce-i dreptul fructificată pe alocuri de către psihanaliză, care a lămurit fizionomia unora dintre simptomele morbide prin aşa zisul sondaj analitic al inconştientului. Freudismul pretindea că a explicat definitiv geneza fenomenelor patologice sufleteşti, ceiace constitue o problemă de discutat. Dar putem afirma că schematismul vieţei sufleteşti freudiene, cu conştientul despărţit brusc şi mecanic de inconştient, care la rândul lui era un fel de sac în care se depozitau elemente diverse, nu prezenta o alură net ştiinţifică; ipoteza barierei despărţitoare era operă de pură supoziţie, iar sufletul psihanalitic se înfăţişa încremenit şi compartimentat în chip artificial. Dela *automatismul psihologic* al lui Janet la inconştientul freudian, nu mi se pare că se făcuseră progrese reale. Dar problema este prea vastă spre a fi expusă în câteva rânduri. Ceiace s'a câştigat totuşi *psihologic*, definitiv, este cunoaşterea tendinţei de acumulare, de înmagazinare pe care o prezintă psihismul omenesc, tendinţă care a fost bănuită mai demult şi cercetată ulterior în chip cu adevărat magistral de către Freud. Tot ca un bun câştigat pentru psihologie trebue considerată acea explicaţie a lapsus-urilor obicinuite — Fehlleistungen — care au susţinut pentru Freud elementele unei întregi psihopatologii a vieţii cotidiene. Restul refulare, sublimare, simboluri, etc., nu sunt decât puri termeni pretenţioşi, insuficient verificaţi şi deci susceptibili permanent de o discuţie critică, după cum este cazul cu concepţia pansexualistă însăşi, de un anume tâlc genetic rasial.

La noi problema freudismului a fost fără obiecţiuni îmbrăţişată în special pe latura dialectică doctrinară şi mai puţin pe latura metodică analitică a aşa numitei *talking cure*. Medici şi nemedici au fost la vremea necesară protagonişti ai doctrinei, îmbogăţind preocuparea cultă românească în direcţia aceasta. Au fost şi critici cari au luat atitudine mai personală câteodată, depăşind simpla postură a adeziunei ideologice integrale. Orice evaluare concretă a psihanalizei ar trebui să se refere categoric la soluţia următoarei întrebări: ce a dat freudismul *pozitiv* în boale ca isteria şi nevroza anxioasă bunăoară şi care este procentul *onest* de vindecări, deoarece ştim cu toţii că în anume psihopatii fenomenele morbide au rămas complet neschimbate prin tratamentul prescris de Freud. Pare se că bilanţul se constitue mai degrabă pe plan sceptic, ceiace rezultă şi din faptul că terapeutica psiho-neurologică îşi vede de treabă înainte, căutând noi mijloace de vindecare sau utilizând pe cele vechi şi consacrate şi lăsând pe seama exegezei freudiste capitolul nebulos al viselor — *Traumdeutung* — sau acela al interpretării spectaculare, discutabile, a fenomnului estetic. Acestea sunt fapte ce nu pot fi tăgăduite. Dealtminteri psihiatri de seamă ca Bumke au făcut încă de mult procesul critic al psihanalizei, punând concluzii în sens negativ, deşi critici ca Iacobssohn şi Kronfeld (în Neue Deutsche Klinik, 9, 315) — identificau efortul «eroic» freudian cu acela al lui Nietzsche şi al lui Klages, iar un metafizician ca S. Frank nega însemnătatea întregei psihologii experimentale, acordând credit doar freudismului şi fenomenologiei, (Kantstudien, 34, 353). Acestea sunt doar exemple din imensa literatură stârnită de freudism, în mare parte plină de sofisme şi de încercări dialectice pe plan iraţionalist şi infructuos. Căci dacă pe plan literar — estetic afirmaţiile pot fi momentan plauzibile, din punctul de vedere ştiinţific — medical şi psihologic — există o serie de criterii, inclusiv cel terapeutic amintit, cari ne oferă dialectic şi statistic măsura veracităţei freudismului.

Ori tocmai pe laturea medicală a problemei se pare că s'a dispreţuit prea lesne substratul organic al psihopatiilor şi s'a uitat în genere că adevărata psihiatrie se desvoltă mai degrabă în cadrele organic — materialiste desemnate de Kraepelin. Un răspuns literar preţios dar nu unul util.

Aşa dar patologia psihică şi terapeutică mai ales, nu par să fi profitat *concret* de pe urma concepţiei freudiste; cum însă psihologia propriu zisă nu se poate contura ştiinţific fără contribuţia datelor de psihologie morbidă, nici aceasta şi în special aşa numita *Tiefenpsychologie* nu s'a ales cu un profit corespunzător imensei reclame stârnită, cu tâlc, în jurul freudismului.

REVISTA CARŢILOR

Prof. E. K. Frey (Düsseldorf). Die Chirurgie des Herzens. (Neue D-tche Chir. Band 61.) 1 vol. cartonat. 138 pagini, 16 ablouri. F. Enke Stuttgart 1939.

Elev al prof. E. Sauerbruch, ne prezintă un volum în care sunt tratate toate problemele de chirurgie cardiacă. In total sunt 10 capitole mari.

Chirurgia pericardului ocupă primul loc, privind mai ales leziunile inflamatorii cu urmările lor şi terapeutica lor operatorie. Urmează capitolul plăgilor inimii, chirurgiei valvulară, tumorilor inimii şi anevrismelor. In tratamentul chirurgical al emboliei pulmonare, autorul dă amănunte asupra fiziopatologiei şi operaţiei Trendenburg.

Mult mai pe larg e tratată chirurgia nervilor cardiaci. In special sunt revăzute toate datele anatomice şi fiziologice în ce priveşte sensibilitatea, irigaţia cardiacă, nervul depresor, ganglionul stelat, enervarea inimei, date clinice şi experimentale asupra anginei de piept etc.

Urmează un capitol special cu tratamentul chirurgical al anginei de piept după concepţia Ionescu — Gomoiu, simpatectomia parţială Danielopolu, rezecţia depresorului Eppinger şi Hofer, Stelectomia Leriche — Fontaine, în sfârşit ultimele câteva metode mai simple.

O preferinţă deosebită o dă autorul stelectomiei lui Leriche, simpatie care pare să rezulte numai din unele date statistice.

In ceeace priveşte irigaţia miocardului, tentativele de îmbunătăţire sunt subliniate în intervenţiile lui Bech şi O'Saugnessy. Operaţiunile pe tiroidă în cursul cardiopatiilor sunt amplu descrise.

Nu au fost omise nici cele mai noui încercări ale chirurgiei în blocul inimii, trachycardia paroxistică şi în infarctul miocardic. In sfârşit o menţiune e făcută cardiolizei lui Brauer în insuficienţele cardiace cu inimi mari.

Volumul e prezentat într'o editură frumoasă, cu planşe minunate şi sfârşeşte cu o literatură foarte bogată.

Dr. VIŞINEANU

Bismogenol Tosse în tratamentul sifilisului *)

de Dr. N. LENGYEL
Asistent Universitar

Tratamentul sifilisului este departe de a fi un capitol încheiat al venerologiei. Multilateralitatea afecțiunii, variațiunile multiple în aspectul clinic morfologic, care îl frapează de multe ori chiar și pe specialistul încercat, reacțiunile individuale atât de variate fac ca acest capitol să rămână așa zicând într'o continuă vibrațiune, fiind totdeauna de actualitate și oferind incontinuu ceva nou pentru îmbogățirea bagajului nostru științific.

Aceste considerente justifică acest articol, prin care nu se intenționează altceva, decât o contribuție foarte modestă pentru medicul practician în această materie.

Tratamentul bismutic în sifilis nu mai constitue azi obiectul vreunei discuțiuni. Acest medicament și-a asigurat existența lui într'un timp foarte scurt și tratamentul bismutic este acceptat unanim de toți sifiligrafii. Valoarea terapeutică a acestui medicament nu este negată de nimeni, el ocupând în formula lui Gougerot locul al doilea cu indexul terapeutic de 8, între arsenobenzol (10) și mercur (6).

Primele cercetări cu bismut sunt legate de numele lui Balzer și datează din anul 1889. Interpretând însă greșit și în defavoarea metalului o coincidență intercurentă, a abandonat aceste cercetări. Reintroducerea lui în arsenalul terapeutic antisifilitic se datorește lui Sazerak și Levaditi, cari, bazându-se pe cercetările autorilor englezi Souton și Robert, l-au experimentat întâiu la iepuri apoi la om. Tot ei au stabilit ca modul cel mai eficace și mai de preferat injecțiunile intramusculare cu emulsiunile oleoase de bismut.

Constatările lui Sazerak și Levaditi sunt confirmate în scurt timp de o serie de clinicieni, acest nou medicament asigurându-și fără greutățile cu care au fost întâmpinate alte preparate locul de altfel bine meritat, în seria medicamentelor specifice.

După descoperirea lui Sazerak și Levaditi, numărul preparatelor bismutice a sporit cu o iuteală uimitoare. Se părea că fabricile se iau la întrecere în producția preparatelor bismutice stabilindu-se totodată ca posologie trei forme de prezentare ale bismutului: soluțiuni apoase, soluțiuni, sau mai precis dispersiuni și suspensiuni oleoase. Discuția în jurul acestor trei forme de prezentare este încă deschisă. Fiecare dintre ele are atât avantagii, cât și desavantagii.

Ca fapt sigur s'a putut constata, că acțiunea cea mai îndelungată o desvoltă suspensiunile oleioase formând acel depou de bismut, confirmat prin examinări radiologice, totuși cu eliminare suficient de rapidă pentru a nu da naștere la o acumulare toxică. Ca desavantaj li se poate obiecta că întrebuințarea lor este puțin greoaie, necesitând o agitare energică. Acest inconvenient este azi înlăturat printr'o mică manoperă tehnică.

In fața numărului mare al preparatelor bismutice se pune în mod firesc întrebarea: care este cel mai bun dintre ele? Răspunsul este foarte greu, ba poate chiar imposibil de dat. Fapt este că acele multe preparate de bismut, care pe drept cuvânt se pot numi hibride, ieșind din diferite laboratoare obscure, după câteva încercări, au dispărut de la sine, rămânând numai acelea a căror valoare terapeutică este astăzi indiscutabilă. Acestea se deosebesc de fapt foarte puțin între ele, având poate mici avantagii unul față de celălalt, acțiunea lor finală fiind aceiaș. Pentru medicul practician se poate formula deci ca regulă să nu se avânte în încercări inutile, ci să rămână pe lângă preparatele constatate din partea serviciilor competente în materie, ca bune și eficace.

Un astfel de preparat mult încercat și considerat ca unul dintre cele mai bune, este produsul casei Tosse cu numele de Bismogenol.

Bismogenolul este o suspensie oleicasă de bismut, un derivat bismutic al acidului oxibenzol (56% bismuth metalic) prezentat în fiole de 1 cc. având o culoare albă lăptoasă. Se lasă ușor agitat cu ajutorul unor perle de sticlă introduse în fiolă, sau după o ușoară încălzire prealabilă. Injecțiunile se fac în modul clasic, intrafesier, ele fiind absolut indolore. Siringile se pot ușor curăți de resturile de bismogenol cu eter sau cloroform.

Acțiunea terapeutică a Bismogenolului a fost studiată de o serie de cercetători cu rezultatele cele mai bune. Bismogenolul face azi parte din seria acelor produse bismutice cari sunt acceptate de toată lumea științifică. (Engel, Guszman, etc.) După administrarea Bismogenolului treponemele dispar repede din leziunile specifice, cari se epitelizează și se rezorb în scurt timp. Modul de acționare ca și la celelalte preparate bismutice, nu este complet clarificat. Nu se știe anume dacă bismutul acționează direct ca un spirilicid sau mai mult ca un catalizator pentru țesuturi pentru prepararea anticorpilor protectori. Părerea cea mai acceptată este aceasta din urmă. Bismogenolul se administrează de 2—3 ori pe săptămână, ținând cont de aceleaș legi, valabile pentru toate preparatele bismutice. Injecțiunile sunt foarte bine tolerate, chiar de pacienții hipersensibili, ele fiind indolore. Rezorbția bismutului este perfectă, neproducându-se acele infiltrate nodulare dure, dureroase, observate adeseori după multe preparate ireproșabile altfel, cari însă de multe ori fac aproape imposibilă administrarea injecțiunilor prin duritatea lor lemnoasă.

Având la dispoziție un stoc mai mare de Bismogenol, am experimentat acest preparat pe un material vast, survenit parte din serviciul clinicii, parte particular, îmbrățișând toate fazele clinice ale sifilisului. Aceste cercetări au confirmat în totul, părerile bune exprimate de alți autori despre acest produs. Bismogenolul s'a dovedit a fi unul din cele mai perfecționate preparate bismutice, atât în ce privește toleranța, cât și acțiunea sa terapeutică. La aceste două proprietăți se mai adaugă una nu mai puțin importantă, anume lipsa fenomenelor secundare sau accidentelor nedorite în tratamentul bismutic. In această privință preparatul s'a dovedit a fi mult superior altora, neproducând în afară de câteva cazuri de acel lizereu bismutic, nici un accident.

Bismogenolul a fost administrat de noi tot a treia zi, câte un cc. intrafesier. La marea majoritate a cazurilor el s'a administrat concomitent și în modul clasic cu preparatele arsenobenzolice, în deosebi cu Neosalvarsan. Adevărata valoare a lui s'a reliefat însă în acele cazuri, la care dintr'un motiv oarecare arsenalul nu s'a putut administra.

Rezumând cercetările noastre referitoare la preparatul casei Tosse Bismogenol, putem extrage următoarele constatări:

Bismogenolul este o suspensie oleicasă de mare valoare bismutică. Administrarea lui din punct de vedere tehnic este simplă și ușoară.

Tratamentul cu Bismogenol este bine suportat chiar și de bolnavii sensibili, neproducând accidente bismutice în cursul tratamentului.

Bismogenolul a fost administrat la un mare număr de bolnavi, din diferitele stadii ale sifilisului cu rezultatele cele mai satisfăcătoare. Adevărata valoare terapeutică s'a dovedit mai ales la cazurile, unde dintr'un motiv oarecare tratamentul arsenical nu s'a putut aplica. In aceste cazuri acțiunea Bismogenolului atât asupra leziunilor propriu zise, cât și asupra seroreacțiunii a dat rezultate terapeutice de o eficacitate asemănătoare cu tratamentul clasic.

*) *Lucrare din Clinica Dermato - Venerică Cluj Director Prof. Dr. C. Tătaru.*

Maestrul Prof. I. IACOBOVICI

Cu prilejul împlinirii vârstei de 60 ani.

de Prof. Dr. EMIL ŢEPOSU

O aniversare în vremile de azi, depăşeşte limita evocării unei mari personalităţi şi îmbracă prin puterea exemplului ce-l dă, haina unui sens mai adânc: cultural şi educativ.

Numai o viaţă activă şi bogat trăită, închinată unei mari credinţe, se poate ridica la valoarea pildelor edificatoare. Numai pe această linie, ea întrupează idealurile şi aspiraţiile unei generaţii şi răsfrânge sufletul colectiv al comunităţii din care răsare.

In această perspectivă, ni se conturează profilul spiritual, la frumoasa vârstă de 60 de ani, al Maestrului *prof. Iacobovici*, dăruit generos de bolţile albastre ale Moldovei, cu flacăra divinului din om, cu nepotolita cerinţă interioară pentru adevăr şi pentru creaţie.

Reprezentant ilustru al misionarilor culturii şi ştiinţei, pe care Ţara-Mamă l'a trimis în toamna anului 1919, pe pământul Ardealului liber, pentru ca în colaborarea forţelor de aici, să contribue la întemeierea învăţământului medical românesc şi la pregătirea ştiinţifică şi didactică a noilor energii de muncă.

Prof. Iacobovici era ales, să fie purtătorul făcliei, Şcoalei de Chirurgie, a marelui *Maestru Thoma Ionescu*, al cărui strălucit elev este, şi să pună bazele pe pământul Daciei Superioare, la Universitatea din Cluj, a primei Şoli române de chirurgie.

Ce frumos destin purta aripile sufletului său mare, care îmbina virtuţile şi aspiraţiile neamului.

In el se întrunea, un nesecat izvor de energie vitală, forţa latentă a unui neam, ce îşi simţea imbolduri de nepotolit avânt şi de neclintită credinţă.

Aspru faţă de sine, *Prof. Iacobovici* nu ţinea seamă de ce însemnează a-şi cruţa forţele, pe cari le cheltueşte cu o largă generozitate. Pentru dânsul, munca ordonată şi continuă, susţinută printr'un exerciţiu de fiecare zi, este o necesitate instinctivă, «un izvor de fericire». Energia pe care o desfăşoară şi azi în aceaş măsură, este pentru generaţia noastră un exemplu viu, de ceea ce poate realiza forţa creatoare unită cu munca stăruitoare şi voinţa nestrămutată.

Toate marile D-sale înfăptuiri de ordin: clinic, ştiinţific, didactic, social şi de organizare, sunt rezultatul unei înalte concepţii asupra rostului moral al vieţii şi poartă pecetea viguroasei sale personalităţi, de rară complexitate, de severă conştiinţă şi de mari resurse.

Sensibilitatea şi receptivitatea D-sale, dotate cu puternica intuiţie creatoare, formează pe artist, îndrăgostit de frumos, iar inteligenţa sa sclipitoare şi raţiunea profundă, crează pe omul de ştiinţă, cercetător pasionat al adevărului.

In aceste mari însuşiri, găsim taina realizărilor sale de durată. Aici rezidă neîncetatele sale sforţări pentru triumful omului asupra materiei. Aici găsim pe artistul care caută «să rezolve în adâncul conştiinţei sale», problemele grele ale vieţii şi ale bolii, — pe medicul devotat «crescut la şcoala care pune bolnavul deasupra tuturor preocupărilor», ce ascunde comori de iubire în inima sa şi din flacăra propriei vieţi, aprinde luminiţele vieţii altora; pe chirurgul eminent, pasionat de arta sa, cutezător şi îndrăzneţ, întotdeuna în slujba suferinţii.

Puternica sa conştiinţă, imprimă firii şi caracterului său o fermitate impresionantă, o unitate de conduită.

«*Şi pentru ca să ajung cât mai curând* — sunt cuvintele D-sale — *am mers pe linia dreaptă a demnităţii, a cinstei, a sincerităţii şi desinteresării. Nu mi-am plecat capul în faţa nimănui şi am stat smerit şi îngenunchiat la altarul Patriei şi Ştiinţei*».

Aici găsim pe patriotul luminat, pe senatorul pătruns de concepţiile lui *Wirchov*, identice cu ale F. R. N. «să creeze condiţiile optime, pentru desvoltarea tuturor capacităţilor fiecărui om», pe îndrumătorul dăruit cu un extraordinar simţ de prevedere şi iubire de patrie.

«*Vouă celor chemaţi să mă urmaţi* — cum ni s'a adresat nouă, în momentul plecării D-sale la Universitatea din Bucureşti, spre noi destinuri, în toamna lui 1933 — *vi se impune mai mult decât altora, ca să dovediţi lumii întregi până la ce culmi se poate ridica un popor, care este stăpân pe pământul şi destinele sale.*

«*Ridicaţi cât mai sus torţa chirurgiei româneşti, căutaţi ca lumina ei să pătrundă cât mai departe şi să împrăştie norii, pe cari duşmanii îi ridică din toate părţile.*

«*Mulţumirea mea va fi cu atât mai mare, cu cât torţa care v'am încredinţat-o va străluci mai mult*».

Iată suprema lecţie, a unui patriotism înflăcărat, a unui crez profund, această lozincă morală.

Aici în Cluj — iubite şi scumpe Maestre — regăsiţi în momentul frumos al vieţii D-Voastre, care o dorim din adâncul inimei noastre, ca bunul D-zeu să o lungească în deplină putere de muncă până la adânci bătrâneţe, elevii D-Voastre devotaţi şi plini de admiraţie şi recunoştinţă, rămaşi pentru a purta mai departe, spre destine necunoscute, steagul Chirurgiei româneşti, şi cari s'au străduit să aducă pe altarele crezului D-Voastre, o muncă ştiinţifică şi românească de fiecare zi.

Şi daţi-mi voe, ca încheere, să-mi însuşesc cuvintele memorabile adresate de *Billroth*, chirurgului de mari resurse *N. I. Pirogow:* «Adevărul şi claritatea în gândire şi simţire, în cuvânt şi faptă, formează treptele pe scara ce conduce pe om spre lăcaşul Zeilor. A urma pe conducătorul îndrăzneţ şi sigur, pe drumul acesta destul de primejdios, va fi întotdeauna strădania mea plină de zel».

BIBLIOGRAFII

Accidents du travail accidents de droit commun invalidités de guerre - Maladies professionnelles. Guide pour l'évaluation des incapacités par **Léon Imbert** professeur honoraire et ancien doyen de la Faculté de Médecine de Marseille. Troisème édition avec la collaboration du Dr. *Jean Sedan. Masson et C ie, éditures.* Un volum de 244 pagini cu 48 figuri. . 80 fr.

Dela data apariţiei primei ediţiuni a acestei lucrări, importanţa pe care au luat-o accidentele în viaţa socială a sporit mult. Legiuirile succesive au proteguit din ce în ce mai multe categorii de lucrători, solidaritatea socială întinzându-se în timpurile din urmă şi asupra maladiilor profesionale.

Intr'o epocă mai recentă, tratatele de patologie externă nu se interesau decât de leziunile traumatice ale căror manifestaţiuni clinice erau imediat evidente. Chirurgia modernă a arătat însă că organismul animal este ca un clopot care răsună în întregime la o lovitură chiar uşoară şi limitată. Se ştie că o contuziune, o comoţie, pot avea consecinţe grave şi uneori îndepărtate; se ştie că o cicatrice nu stabileşte totdeauna deficitul organic; ele pot fi origina unei evoluţiuni morbide continue şi progresive; astfel se petrece nu numai cu creerul, ci şi cu inima, ficatul, rinichiul etc.

In toate aceste împrejurări Societatea modernă caută din ce în ce mai mult să-şi protejeze victimele şi când răul este definitiv, să-i dea o compensaţie în bani, în raport cu gravitatea rănii şi a consecinţelor sale. Dreptul, trebue să facă atunci apel la medicină, care intervine nu numai pentru a vindeca ci şi pentru a evalua importanţa infirmităţei rămase, noţiune indispensabilă pe care numai medicul o poate stabili.

Această a treia ediţie a unei lucrări devenită clasică, urmăreşte acelaş scop de a prezenta medicului şi cu ajutorul său Justiţiei bazele pe cari se stabileşte la un caz dat, cifra invalidităţei reziduale.

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDURER OS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 %oo, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2 –3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

In reumatism şi bolile înrudite (nevralgii, sciatică, lumbago)

Intern:

LEVANSOL

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

acid acetilo salicilic, acid phenylcinchoninic (syn. Atophan), colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

Cutii a 20 cachete.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. Wiechowsky-Praga

fiole a 2 cmc.

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50 %

Cutii a 1, 3 sau 5 fiole

In constipaţii inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL DR. DAGUIN

Etablissements Dr. Daguin, St. Maur (France)

Pastile aromatizate, cu gust plăcut şi uşor divizibile în sferturi cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Tub cu 20 **pastile.**

In reumatism acut, subacut şi cronic

Injecţiuni, loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

soluţie izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de betula lenta.

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Ca apă de masă alcalinizantă, remineralizantă şi diuretică

LITHINES VICHY TILLAT

cu săruri originale de Vichy.

Laboratoires Plagnol-Versailles

Cutii a 12 plicuri, 1 plic la 1 litru de apă.

In hyperaciditate şi dyspepsii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles

Flacon original.

Pentru eşantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

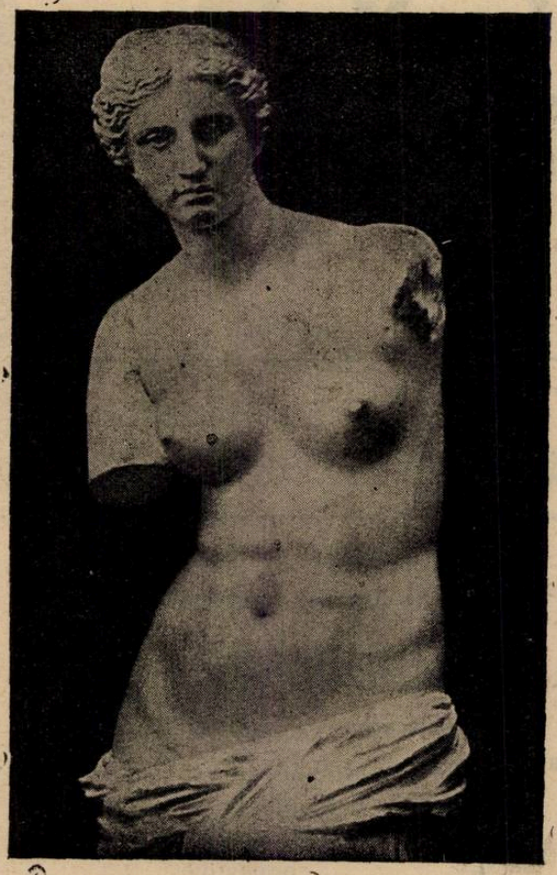
Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „
Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate. maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, syndromul adipozo-genital.

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare. Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România
„CENTRA"
Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

ANUL MEDICAL 1939 *)

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Societatea de Radio, dorind să înfăţişeze o privire retrospectivă asupra înfăptuirilor realizate în cursul anului trecut, în diferite ramuri de activitate intelectuală şi socială, mi-a dat plăcuta însărcinare de a vorbi despre medicina românească în 1939.

Ceeace a caracterizat anul medical trecut, a fost o grije sporită din partea conducătorilor statului, pentru sănătatea publică.

Aceasta se datoreşte desigur îndemnului pe care *Majestatea Sa Regele Carol al II-lea* l'a făcut în prima zi a anului 1939, când, adresându-se guvernului său a spus:

«O ţară nu poate fi prosperă, când viaţa ei economică nu este sincronizată şi cu starea sanitară a populaţiei. Fiecare ştie, că pe acest teren avem enorm de înfăptuit. Tuberculoza, bolile sociale, malaria, mortalitatea infantilă, fac ravagii şi că, în general starea generală a populaţiei lasă mult de dorit. Trebue, în această ramură a activităţii de stat, făcută o sforţare serioasă pentru întărirea neamului».

Aceste cuvinte regale sintetizau în mod lapidar situaţia de fapt a sănătăţii noastre publice şi constituiau un program de lucru pentru viitor.

Desigur că pentru realizarea acestui program este nevoe de un timp îndelungat şi de mulţi bani. Din această cauză el nu a putut fi înfăptuit decât fragmentar în cursul unui an.

Faptul esenţial este însă că problemele sanitare au intrat, graţie hotărîrei Majestăţei sale Regelui, pe primul plan al preocupărilor de guvernământ.

Din acest punct de vedere, anul 1939 va însemna o dată importantă pentru sănătatea publică a ţării noastre.

Activitatea ştiinţifică

Activitatea medicilor români s'a desfăşurat în cursul anului trecut perseverentă şi rodnică atât pe terenul ştiinţei pure, cât şi pe acela al aplicaţiilor practice ale medicinei.

In domeniul cercetărilor ştiinţifice medicii români aduc an cu an, rodul muncii lor constructive, în luptă cu necunoscutul.

In afară de descoperirile epocale, care fac adevărate salturi în necunoscut, ştiinţa medicală progresează în mod continuu, graţie unei activităţi perseverente care se desfăşoară în clinici, în spitale, în laboratoare, în tot cuprinsul lumii civilizate.

Putem afirma, cu sinceră obiectivitate, că la acest efort colectiv către progresul pe care îl face ştiinţa universală, medicii români aduc o contribuţie interesantă şi de reală valoare.

Prin articole publicate în revistele din ţară şi din străinătate, prin participări la congrese naţionale şi internaţionale, medicii români consecvenţi unei vechi tradiţii, au participat cu succes, la activitatea ştiinţei medicale europene.

Dacă este imposibil, în cadrul unei conferinţe la Radio, să citâm studiile numeroase pe care autorii români le-au publicat în cursul anului trecut, vom spune câteva cuvinte, despre cărţile medicale cele mai importante, publicate în anul 1939.

*

In cursul lunei Februarie a apărut volumul al III-lea din Tratatul de Semiologie şi Patologie medicală al D-lor Profesori *Haţieganu* şi *Goia* de la Facultatea de Medicină din Cluj.

Cu acest volum se completează tratatul românesc de medicină internă pe care cei doi profesori Ardeleni l-au dăruit literaturii noastre ştiinţifice.

Este o operă, frumoasă, interesantă şi utilă, care s'a bucurat de o primire călduroasă din partea tuturor cercurilor medicale.

Tratatul D-lor Profesori *Haţieganu* şi *Goia* mai are încă o însemnătate: el este o contribuţie pe care Ardealul o aduce culturii noastre naţionale, demonstrând astfel, înalta valoare intelectuală a clasei conducătoare de acolo.

*

O altă lucrare de mare însemnătate apărută în cursul anului trecut, este aceea a D-lui Dr. *Gh. Banu: «Igiena Rasei»*, editată în limba franceză de librăria Masson din Paris.

In această problemă de mare actualitate, D-rul Banu aduce o lămurire a ideilor fundamentale şi expune cu un spirit critic remarcabil, mijloacele prin care societatea organizată poate interveni pentru realizarea pe plan social, a celor mai importante comandamente ale ştiinţei contimporane.

Lucrarea D-rului *Banu* a fost foarte bine primită nu numai la noi în ţară, dar ea a stârnit un viu interes în critica ştiinţifică occidentală. Mai ales în Franţa, unde problemele rasiale au fost mai puţin studiate, această lucrare de ansamblu, scrisă de un specialist recunoscut, a avut mare succes, culegând aprecieri elogioase.

*

Printre lucrările de mare importanţă ale anului trecut, vom cita, încheind acest capitol, expunerea făcută de D. *Prof. Dr. Mihail Ciucă* în şedinţa solemnă a Academiei române, în cursul căreia s'a făcut recepţia sa ca membru titular al acestei Instituţii.

Profesorul *Ciucă* a vorbit despre «orientări în lupta anti-malarică», o chestiune care interesează în cel mai înalt grad, sănătatea publică românească, din cauza endemiei malarice atât de răspândită în ţara noastră.

Această lucrare se bazează pe cercetările făcute în staţiunile de studii ale malariei în România, a căror activitate se desfăşoară sub conducerea Profesorului *Ciucă*.

Bazat pe o bogată documentare experimentală, autorul ajunge la concluziunea că lupta antimalarică trebue organizată ţinându-se seamă de cercetarea ştiinţifică a infecţiunii şi a factorilor epidemiologici locali. Tocmai aceasta se urmăreşte prin activitatea ce se desfăşoară în staţiunile româneşti pentru studiul malariei. Rezultatele la care se va ajunge prin această organizare ştiinţifică a luptei antimalarice, sperăm că vor fi la înălţimea competenţei şi a efortului acelor ce se devotează în această campanie salutară.

Instituţii Medicale

In cursul anului trecut organizaţia noastră sanitară s'a completat prîn crearea şi refacerea multor instituţii de asistenţă medicală.

In această cronică sumară vom aminti numai despre două aşezăminte a căror întemeiere se bazează pe concepţiuni noui în materie de asistenţă medicală şi socială.

Primul este *Spitalul Elias* din Bucureşti, condus de d. Profesor *Danielopolu*. Ceeace caracterizează acest spital, pe lângă dotarea lui cu tot ceiace tehnica modernă a realizat, este o strânsă colaborare între toate specialităţile medicale pentru a se putea face un studiu cât mai complet al bolnavului. In special colaborarea foarte strânsă între medicul internist şi între chirurg, constitue o inovaţie interesantă şi utilă.

O altă instituţie nouă, care funcţionează din anul trecut în cadrele ei normale, este *«Institutul de Surori de ocrotire şi de caritate Regina Maria»* dela Spitalul Colentina, condus de d-ra dr. *Popa*. Această şcoală a fost întemeiată cu ajutorul Fundaţiei Rockefeller, de Ministerul Sănătăţii în colaborare cu Eforia Spitalelor civile.

Desigur foarte puţină lume cunoaşte această şcoală nouă menită să formeze un personal instruit şi devotat care să transforme condiţiile de funcţionare a spitalelor noastre şi concepţiile curente de asistenţă socială.

De aceea îmi fac o plăcută datorie să amintesc despre această instituţie condusă, cu multă competenţă şi cu un entuziasm de nobil misionarism, de d-ra dr. *Popa*.

*) *Conferinţă ţinută la Radio in seara zilei de 10 Ianuarie 1940.*

Activitatea didactică

Pe terenul didactic, cele trei Facultăţi româneşti de medicină, au desfăşurat o frumoasă activitate lucrând intens pentru pregătirea viitorilor medici. S'a dovedit însă că randamentul Facultăţilor este prea mic faţă de numărul mare de medici de care ţara are nevoe.

De aceea s'a propus cu drept cuvânt, să se admită în facultăţi mai mulţi studenţi decât în trecut. Pentru a le asigura o bună instrucţie medicală este însă neapărată nevoe de reorganizarea şi mărirea laboratoarelor şi clinicilor de care dispunem astăzi. Această chestiune se află acum în studiul autorităţilor competente şi sperăm că va fi rezolvată cât de curând.

Trecând dela aceste proecte, la înfăptuirile recente, vom aminti că s'a făcut în cursul anului trecut, în învăţământul medical, un real progres prin crearea catedrei de Stomatologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti. Intr'adevăr, această specialitate medicală atât de necesară pentru buna îngrijire a sănătăţii, nu mai putea rămâne pe treapta preocupărilor minore ale învăţământului oficial.

Dacă principial, crearea unei catedre asigură cadrele necesare desvoltării unei specialităţi, rezultatele la care se va ajunge depind în mare parte, de personalitatea şi elanul profesorului chemat să conducă destinele acelei discipline. Numirea D-rului *Dan Theodorescu*, chirurg experimentat şi profesor pasionat, la catedra de Stomatologie, asigură acestei specialităţi o desvoltare sigură şi rapidă.

Comemorarea medicinei româneşti sub Regele Carol I

Sărbătorirea unui secol de la naşterea Regelui Carol I, făcută în luna Mai a anului trecut, a dat prilej medicilor români să comemoreze progresele realizate pe terenul ştiinţei şi practicei medicale sub sceptrul marelui Domnitor.

Privind retrospectiv desvoltarea medicinei româneşti, sub domnia Regelui Carol I, vedem că ea s'a făcut, graţie câtorva mari personalităţi, care prin ideile lor, prin munca lor şi prin prestigiul lor, au înălţat medicina naţională la nivelul celei occidentale, în curs de câteva decenii.

Aceste înfăptuiri au fost posibile graţie spiritului nou în organizaţia de stat, pe care Principele l-a adus în ţară şi care dăduse atât de bune rezultate în occident.

In afară de aceasta, s'a putut ajunge la o desvoltare normală a medicinei naţionale, graţie încrederii pe care Regele Carol a avut-o în capacitatea de creaţie şi de organizare a oamenilor de ştiinţă din epoca Sa.

De aceea medicii au adus cu prilejul centenarului, prinosul lor de recunoştiinţă Marelui Rege, nu numai ca Români, dar şi ca slujitori ai nobilei lor arte.

Selecţionarea şi promovarea elitelor intelectuale

Mişcarea de reînoire a vieţii sociale şi culturale româneşti, iniţiată în vederea renaşterii naţionale, care se află în plină desvoltare, a pus noui probleme şi pe teren medical.

In special, chestiunea generală a selecţionării şi promovării elitelor intelectuale, are pe lângă aspectul ei şcolar şi un aspect psihologic şi medical.

In adevăr, de la ideile generoase ale unei asistenţe umanitare a tuturor desmoşteniţilor soartei, spiritul vremii ne orientează preocupările către elementele superior dotate din punct de vedere fizic şi intelectual.

Medicina care altădată trebuia să asigure îngrijirea şi desvoltarea celor slabi, se îndreaptă astăzi stăruitor către cei tari, a căror evoluţie trebue asigurată în condiţiuni cât mai bune.

In domeniul sănătăţii, medicina preventivă, bine organizată mai ales în cursul studiilor şcolare, este menită să asigure tuturor elevilor o bună şi armonioasă desvoltare fizică şi intelectuală.

In modul acesta însă nu se realizează integral opera de progres către care aspirăm.

Pentru aceasta, elementele tinere trebuesc orientate în viaţă, în raport cu însuşirile şi cu posibilităţile lor de evoluţie. O ştiinţă nouă, a selecţionării şi orientării profesionale, este astăzi în plină desvoltare.

In special formarea claselor conducătoare, nu mai poate fi lăsată iniţiativelor personale, ambiţiilor individuale sau posibilităţilor materiale. In vremurile aspre pe care le trăim, în care popoarele se înfruntă vijelios, trebue să aducem în lupta vieţii spirituale, — toate elementele cu un mare potenţial intelectual.

De aceea chestiunea promovării elitelor intelectuale, în selecţionarea cărora medicii şcolari vor avea un rol important, preocupă astăzi lumea medicală care trebue să aducă aportul său în această operă de mare însemnătate pentru viitorul ţării noastre.

Elitele medicale

In legătură cu ideea utilizării pe o scară mai întinsă a elitelor intelectuale, s'a discutat pe larg, în cursul anului trecut, chestiunea promovării elementelor de elită din generaţiunile tinere ale medicinii româneşti.

In general, acei care au discutat problema aceasta, cred că este de datoria oamenilor maturi, cari se află la conducerea diferitelor instituţiuni şi discipline medicale, să creeze posibilităţi de lucru şi de evoluţie pentru oamenii de merit din generaţiile ce ne urmează.

Acestora trebue să li se încredinţeze locuri de conducere şi de mare răspundere, în faza de elan creator a vieţii lor. Situaţiile înalte nu trebue să constitue o răsplată tardivă a unei activităţi trecute. Dimpotrivă, ele trebuesc să fie ocupate de oameni în plină ascensiune spirituală.

Graţie acestui mod de a vedea, utilizat deseori în trecut, avem astăzi o elită medicală numeroasă, a cărei activitate se desfăşoară cu succes atât pe terenul profesional, cât şi pe cel ştiinţific.

Două personalităţi marcante ale acestei elite medicale, conduc în prezent Ministerul Sănătăţii cu o competenţă şi un prestigiu deosebit. D. *Profesor Hortolomei* şi *d-rul Topa* sunt chemaţi să prezideze opera de redresare a sănătăţii publice într'o epocă plină de dificultăţi. Bizuindu-se pe un corp medical competent şi devotat, sperăm că acţiunea conducătorilor va duce la rezultatele pe care le dorim cu toţii.

Activitatea medicală de prelutindeni

Dacă în această cronică a anului trecut, am însemnat faptele mai importatnte petrecute în medicina naţională, credem că am da o imagine incompletă, dacă nu am aminti activitatea pe care o desfăşoară zi de zi, pentru apărarea sănătăţii publice, cei 8000 de medici ai ţării.

Ei nu pot avea, după un an de activitate intensă, nici satisfacţiile unor descoperiri interesante, nici onorurile publicităţii, nici gloria reuniunilor savante. Au însă o mare mulţumire sufletească: aceia că şi-au îndeplinit conştiincios toate obligaţiile lor şi au adus un serviciu real societăţii în mijlocul căreia trăesc.

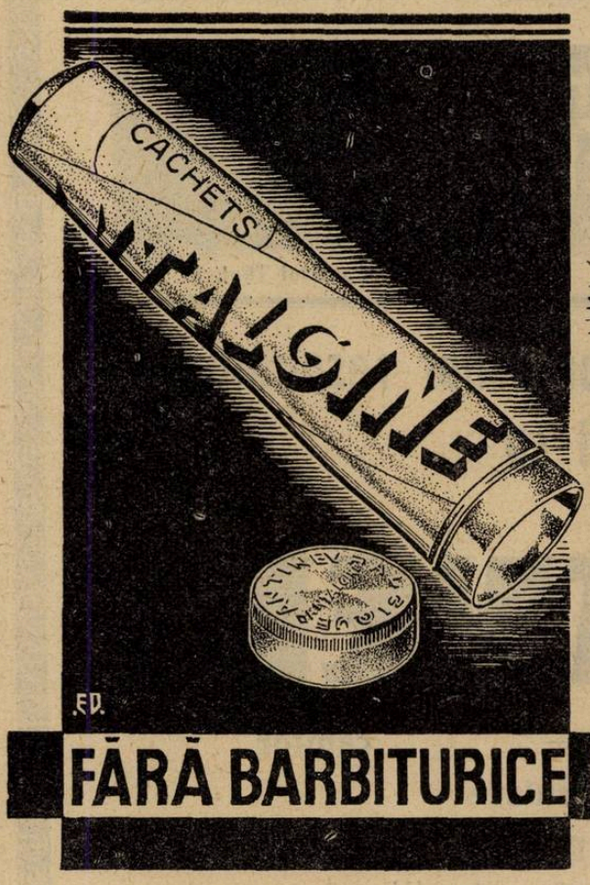
Un gând bun şi afectuos trebue să îndreptăm în acest moment, către acei din colegii noştri, cari departe de familiile lor, lucrează la graniţe, pentru apărarea sănătăţii soldaţilor noştri. In acest an de grele primejdii, ei au desfăşurat munca medicală cea mai frumoasă şi cea mai patriotică.

*

Incheind, vom spune că anul medical trecut se caracterizează printr'o luptă mai hotărîtă, mai energică şi mai efectivă pentru ameliorarea sănătăţii publice.

La această luptă au luat parte cu un egal entuziasm, conducătorii ţării şi medicii de toate categoriile.

Din nefericire victoriile sanitare nu se pot câştiga decât după ani îndelungaţi de eforturi. Ele însă vor veni. Cu această convingere trebue să mergem mereu înainte, solicitând sprijinul publicului pe care îl rugăm să înţeleagă şi să ajute efortul pe care statul şi corpul medical românesc îl fac pentru apărarea sănătăţii publice.



Grip

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE

FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

• 2-4 PE ZI •

„FARMAOLT" S. A. — BUCUREȘTI, CALEA GRIVIȚEI 67, Tel. 4.98.08.

Noua Chimioterapie anti-infecțioasă polivalentă pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID
Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE
Blenoragia acută și cronică la bărbați și la femei
Complicațiuni

STREPTOCOCIE
Erisipel — Infecțiune puerperală post-partum și post-abortum
Angină strepto-diftherică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecțioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulți :	6 — 10	comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5	„ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 — 3	„ „
Sugaci :	½ — 1	comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanță exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — București — III
Telefon: 2.11.78.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Profilaxia şi tratamentul infecţiunilor căilor respiratorii la adulţi şi la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecţiuni intramusculare

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicaţiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc. !!!

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, bronchopneumonie, pleurezie purulentă, etc. apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecţiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Plecarea la posturile lor a noilor medici de circumscripţie

Cuvântarea d-lui prof. dr. N. Hortolomei, ministrul Sănătăţii

La Ministerul Sănătăţii s'a făcut în ziua de 4 Ianuarie alegerea locurilor noilor emdici de circumscripţie, cari au reuşit la examenul de medici sanitari.

Alegerea s'a făcut în conformitate cu dispoziţiunile legii în ordinea clasificaţiei.

Cu acest prilej d. prof. dr. *N. Hortolomei*, ministrul sănătăţii, a rostit următoarea cuvântare:

«Plecaţi să activaţi în mediul sătesc, s'o faceţi cu toată convingerea; nu uitaţi că ţăranul nostru este acela care a rezistat tuturor vijeliilor din toate vremurile şi a rămas legat de pământul lui, dovedind în toate timpurile, că peste tot unde locueşte este pământul românesc.

Către dânsul, cu tot sufletul şi cu toată energia d-voastră apăraţi-i sănătatea, dar fiţi şi factorul luminat, faceţi-i şcoală de educaţie pentru o muncă mai rodnică şi un trai mai bun. Mulţi dintre noi, pe oricare treaptă ne găsim astăzi, am pornit dintre ei. Ţăranul român este acela care prin transfuzii succesive de de jos în sus, reîmprospătează clasele noastre conducătoare. El să găsească deci, în dvs. nu numai lecuitorul trupului, dar şi sfătuitorul luminat, desinteresat. Arătaţi-i totdeauna dragoste şi înţelegere, ca să-i căpătaţi încrederea.

Astăzi, în multe circumscripţii rurale, vi se cere o muncă poate îndoită; sunteţi tineri, daţi-o cu prisosinţă şi cu bunăvoinţă.

Vremurile prin cari trecem cer dela toţi o muncă susţinută, în unire şi solidaritate naţională. Aveţi în faţa dvs. un om care în tinereţe a fost medic de circumscripţie la Oancea în jud. Covurlui şi la Paşcani în jud. Suceava. Cunosc deci bine rolul medicului de circumscripţie şi vă spun că poate face mult dacă are tragere de inimă.

Mergeţi cu bine la locurile d-voastră şi nu uitaţi că în mine veţi găsi cel mai cald sprijinitor şi cea mai largă înţelegere.

Aveţi ca pildă în activitatea d-vs. munca încordată a M. S. Regelui Carol II pentru apărarea destinelor neamului şi căutaţi să onoraţi locurile ce vi s'au încredinţat, ducând pretutindeni gândul său bun şi iubitor de ţară».

Activitatea Medicilor Români pentru studii la Paris

La Paris singura organizare pur românească, cu o activitate reală şi continuă este Asociaţia Medicilor.

Înţelegându-şi menirea medicii veniţi pentru studii superioare şi de perfecţionare sunt grupaţi în sânul asociaţiei lor din: «Société Savantes» (26 rue Serpente, Paris 6-e).

Recunoscută legală de autorităţile franceze ca şi române, datorită spiritului ce caracterizează pe medicii români, ea a putut, în ciuda vremurilor să continue a-şi desvolta activitatea ei multilaterală.

Astfel, alături de activitatea ştiinţifică se constată cu multă satisfacţie o intensă activitate de propagandă naţională, ca şi una spirituală şi morală.

Ca activitate ştiinţifică în *ultimul semestru* s'au ţinut comunicări de d-nii d-ri: D. I. Moucha, N. Stamatiu, Octav Vlăduţ, V. Mârza, L. Chiosea, Pamfil, Georgescu, M. Banu, şi C. I. Tănăsescu, preşedintele societăţii.

O carte interesantă: «Travaux cliniques» de D-rul D. Zamfir

A apărut de curând un interesant volum intitulat: *«Travaux Cliniques»*, de D-rul D. Zamfir, în colaborare cu d-rii: I. Ivan, I. Lupulescu, Şt. Manoliu, V. Paulian, R. Râmniceanu, V. Stroescu, I. Tomescu şi C. Zamfir.

In acest volum se publică o serie de lucrări făcute în serviciul medical de sub conducerea d-lui colonel dr. D. Zamfir, dela Spitalul «Regina Elisabeta» din Bucureşti.

Volumul se deschide printr'o frumoasă prefaţă scrisă de Profesorul *Emile Sergent* dela Facultatea de Medicină din Paris şi pe care o reproducem în întregime:

«Toţi medicii, toţi studenţii în medicină ajunşi la sfârşitul studiilor vor găsi în această carte învăţăminte preţioase şi utile asupra mai multor domenii speciale ale studiilor clinice şi ftiziologiei, cardiologiei.

Sunt fericit amintindu-mi că d. Dr. Zamfir a lucrat multe luni în serviciul meu de clinică medicală, atunci când funcţiona încă în clădirile istorice ale Spitalului Charité, chiar în localurile unde a rămas mereu prezentă amintirea lui Corvisart, Laënnec şi mai apoi a lui Potain.

Ai impresia, citind această carte, de a găsi un ecou îndepărtat al metodei de observaţie, înţeleaptă, senină şi «adesea şi adesea repetată» după înţeleapta expresie a lui Laënnec, pe care n'au încetat de a o practica şi învăţa aceşti mari maeştri ai clinicei franceze.

D-rul Zamfir şi colaboratorii săi, cum spun singuri în introducerea lor, au avut ca scop să reunească în această carte faptele cele mai interesante şi mai instructive dintre acelea pe care întâmplarea le-a adus sub observaţia lor în decursul anilor în care au avut onorabila misiune de a conduce şi a asigura funcţionarea primului serviciu de medicină al Spitalului «Regina Elisabeta» din Bucureşti.

Toate observaţiile lor sunt prezentate cu o grijă desăvârşită şi fac obiectul unor discuţii raţionale, conducând la o expunere didactică precisă şi clară.

In articolele consacrate unor complicaţii controlaterale în cursul pneumotoraxului terapeutic, eritemului nodos şi coexistenţei acestuia cu eritemul polimorf evoluând paralel cu tuberculoza pulmonară, am găsit constatări şi reflecţii pe cari le-am putut face eu însu-mi; deasemeni în rezultatele ce le-am dat o practică metodică a lipiodo-diagnosticului în dilataţia bronchică, metodă a lui Sicard şi Forestier, al cărei interes a putut fi constatat de D-rul D. Zamfir în timpul stagiului său în serviciul meu.

Un spaţiu foarte important e rezervat cardiologiei şi în special datelor atât de utile şi atât de interesante pe cari ni le dă astăzi electrocardiografia.

N'aş putea face o expunere detaliată a tuturor capitolelor instructive ale acestei cărţi; nu este acesta rolul meu ci al acelora cari vor avea sarcina de a le analiza.

Am voit mai ales să scot în relief spiritul general care a călăuzit pe toţi colaboratorii D-rului Zamfir şi în care eu găsesc manifestarea unei formaţiuni, clinice înţelepte, metodice, clare, evocând ceeace eu consider ca «a face clinică în spiritul francez. De aceea Francez din Vechea Franţă, vreau să exprim colegilor mei români, vechiului meu elev şi prieten Zamfir, felicitările mele sincere şi mulţumirile mele calde.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 171 din Decretul Lege pentru organizarea Ministerului, din 20 Noembrie 1939, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi:

Medic radiolog la spitalul Tg.-Jiu;

Medic primar radiolog la spitalul «Precista Mare» din Roman;

Medic primar al Maternităţei din Sighişoara;

Medic-şef al portului Giurgiu;

Medic al spitalului mixt Voineşti, jud. Dâmboviţa;

Medic primar al secţiei T. B. C. dela dispensarul policlinic Tg.-Mureş;

Medic consultant la serviciul de chirurgie al dispensarului Casei Asigurărilor Sociale din Cluj (plătit cu 5000 lei lunar fără reţineri pentru pensie).

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi vor face cerere Ministerului în termen de 30 zile dela data înserării prezentei publicaţiuni în «Monitorul Oficial», adică până la 30 Ianuarie 1940.

Conferința dela ministerul Sănătății a inspectorilor sanitari și a medicilor primari de județe și orașe

In ziua de 10 Ianuarie a. c., d. prof. dr. N. Hortolomei, ministrul Sănătății, a întrunit într'o conferință pe toți medicii inspectori generali sanitari, medicii primari de județe și orașe. Conferința a avut loc în amfiteatrul mare al spitalului Colțea. La această conferință au luat parte și d-nii: dr. P. Topa, subsecretar de stat și prof. dr. I. Nicolau, secretar general.

D. prof. dr. N. Hortolomei a deschis secria discursurilor spunând printre altele următoarele:

«V'am adunat astăzi pentru a vă expune câteva probleme cari sunt actuale și vă rog să vă dați toată silința pentru o rezolvare cât mai bună a lor. Vreau dela dv. toți să aveți prezent totdeauna în conștiință simțul răspunderilor și al obligațiilor pe care-l cer împrejurările grele prin care trece lumea și noi. Cer să aveți o înălțime de conștiință, care se deosebește mult de a altor profesioniști, căci ea este formată în preajma suferințelor și a durerii. Este o conștiință care cere identificarea ființei noastre cu însuși profesiunea, căreia trebue să-i jertfim tot ceeace avem mai bun în noi.

In fața primejdiilor care amenință lumea, nu încape nici o tărăgănare, nici o rezervă și nici o tângurire; există numai un singur deziderat: să ne împlinim datoria până la urmă, în ori ce împrejurări ne vom găsi.

Să aveți prezent în spiritul dv. rolul mare și frumos pe care-l avem; să păzim sănătatea națiunii, acest mare și incomparabil bun care ne stă în cea mai mare parte în puterea și în mâinile noastre și ră răspundem acestui înalt scop cu toată abnegațiunea.

Sănătatea națiunii este chezășia pe care se sprijină apărarea națională. Cu ostași mândri și voinici, cu un popor sănătos, robust și prosper, siguranța țării și intangibilitatea granițelor noastre este asigurată.

Atâta timp cât voi fi la acest post de răspundere, mă voi strădui din toate puterile să fac față cerințelor dar vă cer tuturora un concurs loial pe care să mi-l dați cu tot sufletul».

A urmat discuțiunea problemelor principale care a durat timp de trei ore, după care d. ministru Hortolomei, după ce a ascultat și propuneri corespunzătoare realităților pe teren, a încheiat, rostind următoarea cuvântare:

«Gândul nostru să se înalțe totdeauna către Acela care în vremuri turburi sau de liniște, veghiazăveghiază buri sau de liniște, veghiază necontenit la prosperitatea țării și a neamului nostru, la M. Sa Regele.

Prin munca noastră cinstită și continuă să contribuim ca să se înfăptuiască tot binele pe care gândul Lui Il dorește neamului nostru».

Mișcare în corpul technic sanitar superior al Ministerului Sănătății

Prin decret regal se face următoarea mișcare în Corpul tehnic sanitar superior din serviciul dependinte de Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale:

D. profesor dr. P. Tomescu, medic primar al serviciului I clinic, dela spitalul Central din București, se numește conform art 133 din legea de organizare a Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, director al acelui institut.

Se revine asupra transferărilor în interes de serviciu, făcute în Corpul subinspectorilor generali sanitari, urmând ca fiecare să rămână la posturile în cari au fost numiți definitiv, conform art. 179 din legea sanitară și de ocrotire și anume:

D. dr. Atanasiu Mihail în postul de subinspector general sanitar al ținutului Marea.

D. dr. Pop Aurel Traian, în postul de subinspector general sanitar al ținutului Nistru.

D. dr. Artene Ioan, în postul de subinspector general sanitar al ținutului Prut.

D. dr. Drăgușan Ștefan, în postul de subinspector general sanitar al ținutului Suceava.

D. dr. Pod Iosif, în postul de subinspector general sanitar al ținutului Timis.

D. dr. Vidican Teodor, în postul de subinspector general sanitar al ținutului Someș.

D. dr. Costin Gheorghe, actual medic radiolog definitiv la spitalul din Tg.-Jiu, se transferă în aceeași calitate în postul de medic radiolog la dispensarul și Azilul T. B. C. din Iași.

D-na dr. Bancheriu Lucia se numește definitiv în postul de medic de prenatale la Maternitatea dispensarului «Mașina de pâine» din București, conform art. 203 din legea sanitară și de ocrotire, având 10 ani în învățământul superior.

D. Mircea V. Ionescu se numește definitiv în postul de medic de prenatale la serviciul sanitar al Municipiului București, conform art. 203 din legea sanitară și de ocrotire, având 10 ani în învățământul superior.

D. dr. Mavrodin Dan, actual medic primar la Maternitatea spitalului din Sighișoara se transferă în aceeași calitate în postul de medic primar ginecolog la Maternitatea «Mașina de Pâine» din București.

D-ra dr. Mateescu Eugenia, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic pentru prenatale la serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Chiper Petru, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic primar al Sanatoriului T. B. C. Savadisla din Cluj.

D. dr. Roșca Dumitru, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv în postul de medic primar al secției de boli interne dela spitalul din Odorhei.

D. dr. Petre C. Teohari, actual medic definitiv la circ. urbană la serviciul sanitar al Municipiului Arad, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. urbană la serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. C. Voiculescu, actual medic definitiv de circ. urbană la serviciul sanitar al Municipiului Constanța, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. urbană la serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Virgil Zigura, fost medic primar radiolog, pe bază de concurs, se reprimește definitiv, în postul de medic definitiv al circ. Dragalina, al Municipiului București.

D. dr. Popescu Emilian, medic șef definitiv al portului Giurgiu, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. urbană, în serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Popescu Emilian, medic șef definitiv a portului Giurgiu, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. urbană, la serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Pandelescu Mircea, actual medic definitiv al circ. Dragalina, jud. Teleorman, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic de circ. urbană la serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Popescu Eremia, actual medic definitiv de circ. Dragalina, jud. Ialomița, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. urbană, la serviciul sanitar al Municipiului București.

D. dr. Bojin Petru, actual medic definitiv al circ. Beșenova Veche, jud. Timiș, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. urbană, la serviciul sanitar al Muncipiului Arad.

D. dr. Nicolaescu Vasile, actual medic definitiv al circ. Brâncoveanu, județul Dâmbovița, se transferă în aceeași calitate în postul de medic de circ. Pucioasa, jud. Dâmbovița.

D. dr. Teodorescu Alexandru, actual medic definitiv al orașului Roșiorii-de-Vede, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al orașului Târgoviște.

D. dr. Rădulescu Gh., actual medic stagiar al circ. Cărbunești, din județul Gorj, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al orașului Curtea de Argeș.

D-ra dr. Wollman Estera, medic definitiv al circ. Rașova, jud. Constanța, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Deleni, jud. Cetatea Albă.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON

DR. WANDER
Sirop

IN TUBERCULOZA
BRONŞITE, GRIPA

PROFILAXIA ŞI TERAPIA RACHITISMULUI

VIOSTERIN

DR. WANDER

Vitamină D standardizată în unităţi internaţionale

Uleiu
1 cmc = 15.000 unităţi

Drageuri
1 drageu = 5.000 unităţi

Mostre şi literatură trimite la cerere
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE

Despre Novalgin în picături.

Autorul a încercat să întrebuinţeze la 165 bolnavi Novalgin-ul sub formă de picături ca analgetic şi antipiretic, pentru aceasta el întrebuinţează o soluţie 50%, din care 20 picături corespund la 0.50 gr. Novalgin. Atât picăturile cât şi tabletele au o acţiune rapidă analgetică şi antipiretică. Mai ales la copii mici acţiunea antipiretică a fost foarte clară, aşa în epidemia de gripă din iarna anului 1938—1939. La copii în vârstă de 3/4 până la 1½ ani, la cari pe lângă tracheită şi tracheobronchită şi temperatură (39—40°) se mai adaugă şi convulsiuni 3, 5, 8 picături de Novalgin administrate de 5—6 ori pe zi au produs scăderi de 1—1½ grade, nici convulsiunile nu au mai apărut. Copii cari plângeau mereu şi erau indispuşi, s'au liniştit foarte repede. La sugaci cari suportă foarte bine zilnic 3 x 5 picături se obţine repede o acţiune antipiretică şi analgetică în cazuri de gripă, rugeolă, scarlatină şi mai ales în otita medie şi anginâ. In angina durerile dispar în 30 minute, încât copii pot mânca. In otita anelgezia face posibilă otoscopia care altfel este dureroasă. La adulţi autorul a încercat picăturile de Novalgin mai ales în poliartrită, eritemul multiform exudativ după anginâ a dispărut de 2 ori prin 4 x 30 picături Novalgin zilnic în decurs de 3 zile.

Intr'un caz de eritem nodos durerile au dispărut deja după de 2 x 25 picături, temperatura care a scăzut cu 1,8° a rămas subfebrilă, după ce s'a administrat timp de 9 zile de 5 x 25 picături, se produce vindecarea. Durerile postpartum la pultipare se pot combate bine cu de 3 x 30 picături Novalginâ, cum combate de altfel şi injecţia intravenoasă şi intramusculară durerea de facere. Cum morfina adaugată în cantităţi foarte mici intensifică acţiunea injecţiunilor intravenoase de Novalginâ şi combinaţia următoare are o acţiune analgetică de mare valoare în carcinomul inoperabil sau în tuberculoza pulmonară în stadiul final: chlorhidrat de morfină 0.075 gr. — 0,1 gr. la 10, Novalgin 50% 10 cc., la dureri 15—25 picături. La 14 bolnavi la care autorul a întrebuinţat această combinaţiune, s'a constatat acţiunea ei puternică şi de lungă durată. Şi combinaţia unui expectorant cu Novalginâ în picături în bronchita gripală sau bronchopneumonie (cam la 1 lingură Kresival 15—25 picături Novalginâ) este foarte recomandabil. Şi combinaţia de Lacarnol şi Novalginâ trebue încercată. R. a văzut la 2 bolnavi cu o uşoară scleroză coronariană după administrarea acestei combinaţiuni (3 x 10 picături Lacarnol + 15 picături Novalgin) o ameliorare a manifestaţiunilor anginoase, respectiv înlăturarea durerilor nocturne din braţul drept şi a opresiunei.

H. G. ROTTMANN
Krefeld. Fortschr. Ther. 1939. Nr. 10 pag. 545.

*

Despre aplicarea Evipanului sodic în marile intervenţiuni chirurgicale precum şi aplicarea acestui medicament în caz de războiu.

Lange administrează până în prezent, în mai mult de 4000 intervenţiuni, narcoza cu Evipan sodic, fără incidente mai grave; în majoritatea cazurilor n'a fost necesară nici măcar administrarea de medicamente, pentru trezirea bolnavului. Evipanul sodic fusese administrat chiar şi în cele mai grave afecţiuni ca şi turburările hepatice (metastaze canceroase, ciroze, precum şi diferite forme de icter aseptic) în cazuri de emoragii abundente (ruptura trompelor, emoragii ale ficatului, splinei şi ale stomacului) în stările septice (ileus, peritonite, cu etiologii diferite) precum şi la diabet. Lange a reuşit să întrebuinţeze cu mare precauţie narcoza de Evipan sodic la 63 de bolnavi cu procese inflamatorii pronunţate ale faringelui, precum şi ale planşeului bucal. Bazat pe constatările şi experienţa personală, precum şi pe rezultatele experimentale în urma cercetărilor lui Weese (Zbl. Chirurg. 1939 No. 22) se recomandă ca incisiile să nu fie executate imediat după administrarea injecţiilor cu Evipan sodic ci abia în momentul când bolnavul redevine liniştit; narcoza asemănând cu somnul natural.

Lange determină dozarea după acţiunea obţinută, constatând totodată că la oamenii cachetici se obţine o narcoză perfectă după administrarea unei cantităţi de 1 cmc., ba chiar şi de ½ cmc. Evipan sodic. Deoarece la bolnavii cu alteraţiuni hepatice, narcoza în sine durează mai mult timp, este de recomandat ca la aceşti bolnavi să se dozeze în mod precaut renunţându-se în acelaşi timp la reînjectări ulterioare de Evipan sodic. Primele narcoze cu Evipan-sodic au fost executate în urma unei aplicări prealabile cu Pantopon. In loc de Pantopon se poate folosi şi Scopolamina în doze de 0.0005 grame. Copiilor li se administrează jumătate din cantitatea indicată, în timp ce bătrânilor nu este recomandabil să li se administreze acest medicament. La unele operaţiuni intervenţia chirurgicală în sine se începe în anestezie locală cum ar fi spre exemplu laparatomiile. Cavitatea abdominală este deschisă în anestezie locală cu Novocainâ combinată cu un adaos de Suprarenină, Pantopon sau Corbasil, abia după această pregătire începe narcoza cu Evipan-sodic.

Lange este de părere că combinaţia de Scopolamină, anestezie locală şi narcoză cu Evipan-sodic, graţie simplificării importante pe care o aduce tehnicei de narcoză, prezintă o importanţă deosebită, în special în chirurgia de războiu.

H. LANGE şi H. von WOLFFERSDORF
Spitalul orăşenesc Aue i. Sa
Chirurg. 1938 No. 19 pag. 681.

*

Despre întrebuinţarea externă a Prontosil-ului în practica de toate zilele.

De 1½ ani Schirp a încercat să întrebuinţeze Prontosil-ul extern. El întrebuinţează o soluţie de 1% Prontosil roşu. După badijonarea cu tamponul de vată, inflamaţiunea regresează surprinzător de repede. Furunculele şi flegmoanele se moaie în câteva zile, încât puroiul poate fi îndepărtat fără incizie numai printr'o ventuză. Schimbarea pansamentului se face numai la 1—2 zile. Panariţiile se tratează la fel. La 2 bolnavi cu panariţiu periostal soluţia de Prontosil a înlăturat repede infecţiunea, deoarece Prontosilul a fost injectat în plagă. Chiar dacă la început injecţia este foarte dureroasă, totuşi se evită formarea de sechestre îndelungate şi operaţiunea. Abcesele după deschidere se tamponează cu comprese înmuiate în Prontosil. Vindecarea plăgii se face foarte repede. In caz de furuncul al urechii şi al nasului, unguentul de Prontosil 5% asigură regresiunea. Chiar şi hidrosadenitele dispar după un tratament cu pastă de Prontosil 5 — 10%. In prima zi după tratament părţile cutanate tumefiate din cauza erizipelului dispar. Această soluţie 1% se prepară din Prontosil roşu şi alcool acetonă.

In angine şi tonsilite uneori o simplă badijonare cu Prontosilul solubile cu adaos de 2% glicerină a fost suficientă, pe lângă aceasta se mai ia şi pe cale bucală tablete de Prontosil. Unguentul de Prontosil 5% are o acţiune anestezică şi acţiune terapeutică rapidă asupra plăgilor produse prin arsuri, înainte de toate însă parotidă epidermică. In striviri, ulcer crural şi hematome dureroase unguentul de Prontosil 5% produce o uşurare însemnată în eczemă chiar şi unguentul de 1%.

SCHIRP
Wuppertal-Vohwinkel.
„Der Landarzt" 1939. Nr. 1 pag. 5.

Eşantioane şi literatură asupra acestor preparate se pot obţine dela

„ROMIGEFA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Brezoianu 53

IN TUSEA CONVULSIVĂ
IN ASTMUL CRONIC
IN EMFIZEM

● FIOLE
● CAPSULE
● SIROP

EUCALYPTINE LE BRUN

CALMEAZĂ TUSEA
DĂ BOLNAVILOR O
SENZAȚIE IMEDIATĂ DE
BUNĂ DISPOZIȚIE

LABORATOIRES LE BRUN, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e

PROFILAXIE DE POST-PARTUM ȘI A URMĂRILOR OPERATORII

MICTASOL BLEU

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Albastru de metilen . 0 gr. 02
Camfora monobromata 0 gr. 02
pentru un comprimat

MICTAZINE

Para-Amino-Fenil-Sulfamid . 0 gr. 30
Malva purpurea . . . . . 0 gr. 15
Bromură de camforă . . . . 0 gr. 02
pentru un comprimat.

MICTASOL

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Hexamethilen tetramin 0 gr. 05
Camfora monobromata 0 gr. 02
6 la 9 comprimate pe zi

MICTASOL SUPOZITORII

Malva purpurea . . . 0 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 25
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Stovaină . . . . . 0 gr. 01
1 până la 3 pe zi

MICTASOVULE

(Ovule cu Mictasol)
Malva purpurea . . . 1 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 50
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Glicerină solidificată Q. S. pentru un ovul. 1 până la 2 pe zi

LABORATOIRES DU MICTASOL, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE:
Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
BUCUREȘTI I. — STR. SF. IONICA 8

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

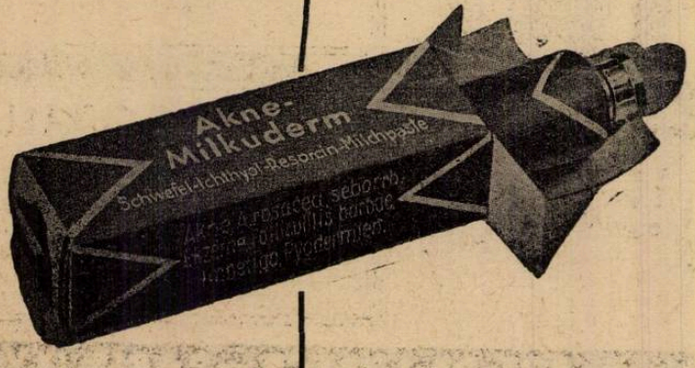
Toate afecțiunile inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor. (Gripă, Pneumonie, Bronchectasie, etc.).

Fluidică secrețiile. — Ușurează expectorația.

Fiole 1 cc. și 2 cc. intramuscular

Codex S. A. R., Cal. Șerban-Vodă 41, București

AKNE-MILKUDERM



Pomadă pe bază de lapte integral asociat cu Sulf, Resorcină și Ichtyol.

Descuamațiune curată și discretă a țesutului bolnav și «restitutio ad integrum» a epidermei sănătoase.

Se întinde seara fără pansament. Dimineața se șterge cu benzină pură sau cu lapte. Ziua se pudrează. La început ușoară iritațiune (reacțiune) care apoi cedează. — Tub.

Codex S.A.R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XVIII. No. 3 — 10 Lei Exemplarul — 1 Februarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239,43

BIBLIOTECA „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. I. BĂLĂNESCU şi Dr. A. ŞAIM: *Reacţia la tuberculină în practica zilnică* 25

Dr. DAN CONSTANTINESCU şi CONSTANTIN DANIEL: *Tratamentul prin vitamina C. în bolile mintale* 26

PROBLEME GENERALE

Dr. GH. PLĂCINŢEANU: *Organizarea asistenţei spitaliceşti* 28

Dr. GEORGE D. VINTILĂ: *Intre satisfacţiile spirituale şi satisfacţiile materiale* 29

Pagina

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Datoria medicilor oficiali în aceste vremuri grele* 32

REVISTA CĂRŢILOR

C. Lepontre: Chirurgie des voies urinaires. (Etudes cliniques: deuxieme série). Paris 1939—Edit. *G. Doin*, recenzat de Dr. C. Chiriţă. Un volum cu 200 pagini 30

Teodor Firică: «Compresiuni medulare de origină rachidiană», recenzat de Dr. I. Mușat. Un volum de 250 pagini. Tipografia Oltenia, Bucureşti. 31

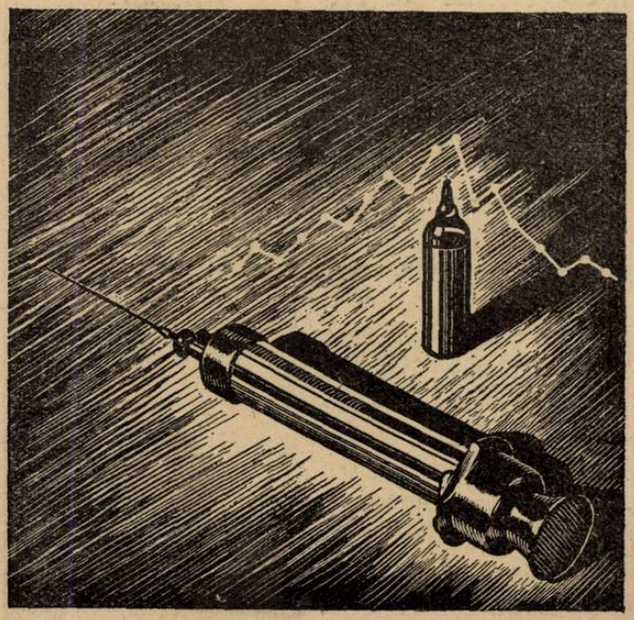
Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

O bursă de 100.000 lei pentru medicină în străinătate; Al 55-lea Congres al Societăţei franceze de oftalmologie; Un nou Dispensar Medical pentru studenţi; Amânarea concursurilor de medici secundari; Mişcare în corpul technic sanitar superior al Ministerului Sănătăţii; Numiri de medici stagiari 33

Mişcare în corpul medical 35

In toate bolile infecţioase şi în răceli



OMNADIN

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Toleranţă perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 1, 3, şi 12 fiole de 2 cmc.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-9286, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18 Tel. 37-22.

VITAPLEX

Vitamine „CHINOIN"

NUMELE PREPARATULUI	SUBSTANŢA ACTIVĂ	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A.	**Vitamina A.**	**Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei.** **1 cmc=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A.** **1 drag.=4000 U. I.** **1 cmc.=10 drag.**	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ $A+D_2$	„ $A+D_2$	**Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie etc.** **1 cmc=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15000 Vit. D_2.**	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B_1	„ B_1 0.002 g. 0.010 g.	**Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon.** **1 tabl. = 0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist.** **1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).**	*Tablete:* tuburi cu 20 buc. *Injecţii:* cutii cu 3 amp. × 0,002 g. cutii cu 3 amp. × 0,010 g.
„ C	„ C 5% şi 10%	**Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc.** **1 tabl.=0.10 g.** **1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.**	*Tablete:* tuburi cu 10 buc. *Injecţii:* cutii cu 5% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc. « « 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D_2 (Devitol)	„ D_2	**Reglementarea metabolismului calciului.** **Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc.** **1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamină D_2 cristalizată.**	In comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie.* flac. cu 10 cmc.
„ E	„ E	**Asigurarea procreaţiei.** **1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.**	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

Un medicament nou în terapeutică

OZOTHINE

Soluție apoasă isotonică de esență de terebentină pură

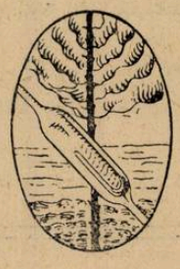
Tratament al afecțiunilor căilor respiratorii și infecțiunilor generale

Capsule.

Injecțiuni intravenoase — intramusculare — intratracheale — intrabronchice

Absolut indolore—Fără reacțiune locală sau generală

Laboratoire de l'OZOTHAINE—Paris XIII-e, 8 rue de Berri



SARE DE BĂLȚĂTEȘTI

Ginecologică, parfumată. – **Metrite, Endometrite, Leucoree, Salpingită cronică**

Cutii a 10 și 20 doze

Purgativă, laxativă, diuretică. – **Constipație, Obezitate, Indigestii, Diaree**

Cutii a 250 gr. și a 1 Kgr.

Pentru băi.

Reumatisme cronice și articulare. Artritism. Obezitate și oboseală fizică sau nervoasă. Maladii de femei. Limfatism. Scrofuloză.

Literatură și eșantioane la cerere:

Farm. G. Simoniu, București III, Bulev. Vintilă Brătianu No. 5

Telefon 2-79-50

Schering

Testoviron

Indicat la:

Stări de surmenaj intelectual,
Diminuarea forţelor fizice,
Insomnie,
Neuroze cardiace şi gastro-intestinale,
Hipogenitalism şi scăderea potenţei sexuale,
Hipertrofie prostatică

Testoviron
este un propionat de Testosteron în soluţie uleioasă, cunoscut în prezent ca forma cea mai activă a hormonului sexual masculin

Preparat pur de hormon sexual masculin

Hormon cristalizat dozat exact în miligrame

SCHERING A.G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

In receptura zilnică contra insomniei
se prescrie

Phanodorm

Somniferul universal

După somn reconfortant redeşteptare
cu senzaţie de vioiciune

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablete de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R. — Bucureşti I
Str. Brezoianu 53. Tel. 3.9285 şi 3.9286
Sucursala: Cluj. Calea Moţilor No. 18. Tel. 3.722

«CHIMIROMAN»
Bucureşti I, Str. Th. G. Masaryk 32.

Anul XVIII. No. 3 10 Lei Exemplarul 1 Februarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REACŢIA LA TUBERCULINA IN PRACTICA ZILNICA

de Dr. I. BĂLĂNESCU
Director General al Ligei Naţionale contra tuberculozei

şi

Dr. A. ŞAIM
Medic Primar de specialitate

Progresele Ftiziologiei fac din reacţia la tuberculină mai mult decât o probă de laborator sau o cercetare de mediocră valoare în clinica infantilă.

După cercetările lui *Courcoux* şi *Alibert* (1932), după raportul lui *Scheel* dela Congresul din Lisabona (1937), statisticele lui *Nobécourt* şi *Briscas* în Franţa, raportul unuia din noi referitor la tuberculoza în armata română, după lucrările d-rului *Nasta*, reacţia la tuberculină apare ca un mijloc de investigaţie de prim rang. Inocuitatea metodei, uşurinţa tehnică unită cu posibilităţile largi de aplicare pe numeroşi indivizi, fără cheltueli mari ca în cercetările radiologice bunăoară, fac din reacţia la tuberculină o metodă de depistare excelentă ca valoare atunci când ea este utilizată raţional.

Această concepţie stă la baza recomandaţiunilor date de Ligă, în programul de depistare în rândul elevilor, în acord cu concluziile ultimului congres naţional de tuberculoză ţinut la Cernăuţi.

Reacţia tuberculinică a fost introdusă şi generalizată de *von Pirquet* în 1907 sub forma cutireacţiei prin scarificare. Mai târziu s'a văzut că technica intra-dermo reacţiei lui *Mantoux* este superioară. Faptul că aceasta din urmă permite introducerea unei cantităţi precise şi infimă de tuberculină în organism, certitudinea că pe această cale ea se resoarbe în întregime, posibilitatea de a reveni în cazurile dubioase şi în dezacord cu datele clinice sau radiologice, cu diluţii şi cantităţi variabile, sunt indicii de indiscutabilă superioritate a intra-dermoreacţiei faţă de cutireacţia. Tehnica intra-dermo reacţiei nu pretinde, ca la cuti-reacţie, aşteptarea unui interval de timp cu specială supraveghere pentru ca rezorţia tuberculinei să se facă. Pe lângă aceasta rapiditatea efectuărei injecţiei este un avantaj în plus faţă de cuti-reacţie.

Dar însăşi interpretarea reacţiei este cu mult uşurată în practica intradermo reacţiei. Cercetări comparative în curs şi care vor apare într'un memoriu în pregătire, dovedesc şi în această direcţie superioritatea reacţiei provocată pe cale dermică.

Fenomenele histo-patologice cari se succed la nivelul reacţiei sunt inofensive şi accentuăm asupra inocuităţei pentru a vedea cu un ceas mai de vreme dispărând unele rezistenţe nejustificate. Această afirmaţie îşi sprijină valabilitatea din practica personală a peste 70.000 de reacţii în armată, şi a circa 20.000 reacţii efectuate în mediul şcolar, din care peste 8000 în anul acesta.

Pe cât de inofensive, pe atât de interesante sunt în schimb fenomenele cari se petrec la nivelul reacţiei. Ele au fost studiate de *R. Laporte* şi sunt caracterizate prin fenomene locale anatomo-patologice, diferite după intensitatea reacţiei tuberculinice, fără nici un pericol pentru prezent sau viitor.

In reacţiile moderate o infiltraţie de *polinucleare* în straturile intrafasciculare ale dermului apare în primele ore. Incepând dela ora 6-a după inoculare un aflux de *monocite* devine vizibil în hipoderm şi de ambele părţi ale pielosului, cu formarea de insule monocitare. In reacţiile puternice, aceste fenomene se însoţesc la suprafaţă de mortificarea stratului mucos al epidermului ceeace se traduce prin descuamarea, în zilele următoare, ale acestei mici porţiuni cutanate. Mortificarea aceasta începe să se repare, după 48 de ore, din marginile sănătoase ale epidermului, reparaţie care precede aşa dar descuamarea. Reacţiile de peri şi endo-vascularită sunt intense, limfaticile sunt dilatate şi pline de elemente celulare; un oedem care se însoţeşte de formarea unui strat fin fibrinos este vizibil la marginea hipodermului inflamat.

Fenomenele ating apogeul lor cam la a 30-a oră. In zilele următoare se formează în sânul straturilor profunde ale dermului şi în hipoderm un strat de *ţesut granular de natură histio-citară*, format din celule ânaloage celulelor epitelioide tuberculoase, cu celule gigante şi celule rotunde limfocitare, ţesut analog cu unele reacţiuni cronice consecutive introducerei în organism a unor corpuri inerte (licopodiu, cărbune, paraziţi) aşa cum a arătat *Laulamié*.

In rezumat se petrece în locul de reacţie tuberculinică o inflamaţie de alură moderată, care se desfăşoară în mai multe zile, caracterizată prin fenomene specifice şi ale cărei manifestări vizibile şi tactile se pot aprecia după primele 48 de ore şi urmări cele 8 —14 zile următoare.

Fenomenele histopatologice se traduc prin roşeaţa şi induraţia tegumentului. Aceste elemente dermatologice, pe cari se bazează, în practică, interpretarea reacţiei, trebuesc citite după 48 de ore. Mai înainte de acest laps de timp ele se confundă cu pseudo-reacţiiile datorite serului sau substanţelor albuminoide nespecifice, aflate în mediul de cultură ce a servit preparării culturilor de bacili şi tuberculinei.

De aceea reacţia tuberculinică care, după cercetări recente, pare că este datorită substanţelor hidro-carbonate din componenţa bacilului *Koch*, este bine a fi urmărită clinic ca fenomen specific începând din ziua a doua de la injecţie. Uneori când reacţia este extrem de vie, fenomen care coincide cu prezenţa de leziuni evolutive în organism şi care face deosebit de preţioasă, sub acest raport intra-dermo reacţia, se observă o flictenă sau un grup de vezicule mici, abia vizibile cu ochiul liber. O senzaţie de greutate locală, de tensiune, rareori dureroasă, este percepută de cel inoculat. In rare cazuri manifestarea cutanată ajunge la proporţiile unei mici necroze superficiale cu ulceraţie consecutivă evoluând dealtfel spre vindecare spontană. Progresiv, fenomenele locale cedează, ca după 8 — 14 zile să se observe o simplă pigmentare de culoare închisă interesând zona care a fost inflamată. In reacţiile intense persistă cam tot atâta şi nodulul indurativ, bine delimitat şi nedureros. Ori cum, n'am avut la marele număr de inoculări, mai sus amintite, nici un caz de infecţie locală sau de turburări de ori ce fel.

In campaniile de depistare antituberculoasă ne-am dat seamă că în anumite împrejurări valoarea intradermo reacţiei nu este egalată nici de radioscopia în serie nici de cercetările clinice menite prin definiţie a fi mai reduse cantitativ. Dacă vom aminti că în marea majoritate a cazurilor momentul infecţiei poate fi reperat în timp numai cu reacţia tuberculinică, moment care după datele azi în vigoare în Ftiziologie este hotărâtor pentru viitorul individului şi dacă vom ţine seamă de faptul că, *intensitatea reacţiei este paralelă cu frecvenţa proceselor tuberculoase active*, vom vedea că nu este permis în stadiul actual al ştiinţei să se conceapă o depistare anti-tuberculoasă fără a se folosi acest preţios mijloc de diag-

nostic. Este bine să amintim aici că rezultatele reacţiei tuberculinice deschid deasemeni şi largile perspective ale premuniţiei la adulţii şi adolescenţii ce n'au suferit primo-infecţia şi deci sunt virgini.

Dar pentru ca metoda să dea rezultate optime, ce sunt de aşteptat dela un test biologic de valoarea reacţiei tuberculinice, se cere ca ea să fie executată şi interpretată după criterii unitare.

Examinările de depistare în massele şcolare şi universitare în curs, sub directivele «Ligei Naţionale contra Tuberculozei», se folosesc de introducerea unei soluţii de tuberculină de 1/10.000 proaspăt preparată cu ser fiziologic 7,5 0/00. Soluţia îşi păstrează valoarea timp de 8 — 10 zile. Se introduce în partea anterioară a antebraţului o cantitate de 0,1 cmc. în stratul dermic al pielii servindu-ne de o seringă gradată în zecimi de cmc. şi de un ac fin cu vârful scurt şi tăios. Injecţia trebue să fie urmată, când este corect făcută, de o papulă albicioasă superficială de un diametru de 3 — 5 mm. şi situată imediat deasupra punctului unde am înţepat. Această papulă se resoarbe în cele 20 — 40 de minute imediat următoare. Atât injecţia cât şi formarea papulei ca şi resorbţia sunt complect indolore.

Diluaţia se prepară cu tuberculină brută dela Institutul Cantacuzino secţia T.B.C.; la echipele şcolare a fost distribuită prin Ligă.

Citirea reacţiei se face după 48 de ore. Rezultatele se notează:

1) — (minus sau negativ) absenţa oricărei reacţii cutanate. Numai urma înţepăturii se decelează în aceste cazuri.

2) (plus, minus) reacţie cutanată al cărei diametru măsoară mai puţin de 4 mm. O parte din aceste reacţiuni deşi slabe, traduc totuşi o alergie existenţă şi trebuesc reţinute în lotul reacţiilor pozitive. Noi obişnuim să însemnăm aceste reacţiuni cu un creion colorat în roşu, spre deosebire de celelalte cu dimensiuni egale cari traduc o simplă iritaţie cutanată locală fără semnificaţia specifică şi cari sunt în număr mult mai redus.

3) + Reacţii cutanate al căror diametru măsoară 4 — 6 mm.

4) ++ Reacţii cutanate al căror diametru măsoară peste 6 mm.

Prin cercetarea rezultatelor ne-am dat seama că este nevoe de a da o deosebită atenţie:

1) *Reacţiunilor negative.* Interpretate ca o manifestare nealergică a organismului, copii şi adulţii tineri negativi vor fi notaţi pentru a li se repeta cercetarea la 3 — 6 luni. In chipul acesta se surprinde momentul virajului. Adesea perioada virajului coincide sau este urmată de îmbolnăviri al căror aspect va imprima individului caracteristica alergică şi deci patologică pentru tot restul vieţii sale. Ori, prin mijloace adecvate, cu ajutorul metodelor profilactice curente, medicul avertizat, va putea, în caz de îmbolnăvire, atenua forma clinică. O adenopatie tracheo-bronchică, o leziune congestivă de tip lobular bună oară, dacă va apare va evolua cu totul benign, dacă s'au luat din vreme măsurile indicate. Din contra aceste afecţiuni pot duce la tragedii dacă s'a ignorat momentul apariţiei, în genere insidios. Acest moment nu poate fi reperat decât prin reacţia tuberculinei în serie la copii ce sunt negativi.

La aceştia, după părerile autorizate ale tutulor ftiziologilor cu autoritate, este indicată vaccinarea cu B. C. G. care conferindu-le o alergie îi va pune la adăpost de contaminările fortuite şi patogene. Această părere este pusă în practică de Serviciul Sanitar al Marinei Comerciale Franceze şi de alte organizaţii sanitare străine.

2) *Reacţiile intens pozitive.* Experienţa şi cercetările de control sunt de acord să constate existenţa unui paralelism între asemenea reacţii tuberculinice şi prezenţa de procese patologice tuberculoase evolutive în organism. Aceste elemente vor fi semnalate medicului şcolar sau higienist pentruca asupra lor să-şi îndrepte atenţia în scopul unor măsuri profilactice sau curative, după caz.

In concluzie:

Reacţia tuberculinică, în lumina datelor recente de ftiziologie, este o metodă de cercetare de prim rang, care nu poate fi înlocuită prin nici o altă probă.

Ea trebue practicată intra-dermic, cu diluţia de 1/10.000 din tuberculină brută, proaspăt preparată, inoculată în cantitate de 0,1 cm.

Rezultatele ei trebuesc apreciate, în cursul campaniilor de depistare, după norme unitare. Noi ne asociem recomandaţiei generale ca cercetarea rezultatelor să se facă după 48 de ore şi recitirea eventuală a rezultatelor dubioase după 4 — 5 zile.

Cei cu reacţia negativă, după ce se vor fi eliminat cauzele de anergie trecătoare, (boli infecţioase, desechilibru neuro-vegetativ), vor fi semnalaţi spre a se surprinde momentul virajului reacţiei şi spre a fi vaccinaţi cu B. C. G. sau puşi în supraveghiere deoarece fiind virgini de infecţia tuberculoasă sunt mai susceptibili de îmbolnăviri în caz de contagiune multi-bacilară.

Cei intens pozitivi vor fi semnalaţi pentru ca prin cercetări suplimentare să se precizeze prezenţa sau absenţa unui proces tuberculos în organism.

La vechii alegici r. t. va fi sistematic repetată.

In practica depistărilor din mediul şcolar, elevii alergici vor fi supuşi la t. r. anual, cei anergici la 3 — 6 luni.

Tratamentul prin vitamina C. în bolile mintale *)

de Dr. DAN CONSTANTINESCU
Asistent Universitar
şi
CONSTANTIN DANIEL
Intern

Importanţa stărilor de hipovitaminoză C în patologia generală este din ce în ce mai mult pusă în valoare de cercetările moderne şi terapia prin vitamina C sintetică îşi găseşte o aplicare din cele mai largi. In acest articol vom căuta să rezumăm aplicaţiile terapeutice ale vitaminei C în patologia mintală, indicând rezultatele pe care le-am obţinut în Clinica de Psihiatrie din Bucureşti, de sub conducerea d-lui *Prof. Dr. P. Tomescu.*

Am administrat vitamina C sub forma de Proscorbin Richter în injecţii şi per os, în doze variabile, oscilând în jurul cifrei de 150 mg. zilnic,

a) ca *tratament principal* în o serie de sindrome mintale.

b) ca *tratament adjuvant* al malariaterapiei şi arsenoterapiei.

In ultimii 5—6 ani s'au făcut o serie de cercetări asupra vitaminei C în diversele sindrome psihice şi nervoase, dozându-se acidul l-ascorbic în humori (urină, sânge şi lichid c. r.), aplicându-se teste de saturaţie.

a) S'a găsit o hipovitaminoză C în diverse sindrome depresive (psihastenice, melancolice, neurastenice, nevroze gastro-intestinale). *Brauer* şi *Demole* administrând vitamina C în stări depresive primăvara au obţinut rezultate remarcabile. *Heteniy* a obţinut rezultate administrând vitamina C în diferite colite «nervoase». *Melko* şi *Klimo* găsesc vitamina C scăzută în lichidul cefalo-rachidian primăvara la neurastenici şi psihastenici. *Monauni, Popek* găsesc conţinutul în vitamină C scăzut în lichidul cefalo-rachidian în melancolie. *Sieburg* arată că fatigabilitatea şi epuizarea musculară apar mult mai repede la oamenii carenţaţi în vitamină C. Aceleaşi constatări sunt făcute pe cobai de către *Duffau, Palladino* şi *Kaikhino* şi *Rakoto Ratsimamanga.*

b) La schizofrenici cu forme catatonice şi depresive. *Monauni* în lichidul cefalo-rachidian şi *Kersot* în urină, găsesc o scădere a vitaminei C..

c) In demenţa senilă *Monauni* găseşte o scădere a conţinutului în vitamină C în L. C. R. Dealtminteri lucrările lui *Plaut* şi *Bülow, Gander* şi *Niederberger,* arată o scădere a vitaminei C în L. C. R. în raport cu vârsta, dozând-o în diferite organe.

d) In psihozele alcoolice *Wortis, Hermann S., B. Wortis* şi *Frances Marsh,* găsesc o scădere a vitaminei C în sânge spre diferenţă de alcoolismul

*) *Lucrare din Clinica de Psihiatrie a Facultăţei de Medicină din Bucureşti.*

Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

TERAPEUTICA STIBIATA INTRAMUSCHIULARA PRIN

ODETTE ZEAU

ANTHIOMALINE

ANTIMONIO-TIOMALAT DE LITIU

SOLUTIE APOASA TITRAND 6% SARE
(0,01 gr. de Sb pe cc.)

PREZENTA SULFULUI IN MOLECULA

Cutii de 10 fiole
de 1 cc. şi 2 cc.

INJECTII INTRAMUSCHIULARE
Toleranţă locală şi generală excelenţă

BOALA LUI NICOLAS FAVRE
(locarizări inguinale şi rectale)
LEIŞMANIOZE VISCERALE ŞI CUTANATE
BILHARZIOZE VEZICALE
HEPATICE ŞI INTESTINALE

2 până la 3 injecţii
pe săptămână, dela 1 la 3 cc.
SERII DE 20 INJECTII

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon • Paris 8ème

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

simplu fără psihoză, unde conținutul în vitamină C era normal.

Pe cobai alcoolizați prin injecțiuni intravenoase, *Dainow* găsește o hipovitaminoză C în L. C. R. și creer.

e) In scleroza în plăci *Marinescu, Buttu* și *Olteanu*, găsesc o scădere apreciabilă a vitaminei C în L. C. R. conferind acestui fapt o valoare diagnostică.

f) In Basedow și psihozele Basedowiene a fost găsită vitamina C scăzută. Există dealtminteri un antagonism între tiroxină și vitamina C. *Plaut* și *Bülow* găsesc o scădere a vitaminei C în L. C. R. la cobaii cărora li se administrează tiroxină.

Rezultate bune s'a obținut cu vitamina C în astenia addisoniană.

g) In encefalitele azotemice *Morland* și *Olivier* au rezultate favorabile administrând vitamina C.

In schimb nu s'a găsit hipovitaminoză C la: maniaci, schizofrenici paranoizi și hebefrenici, în neurosifilis, parkinsonism, epilepsie, etc.

Luând în considerare aceste cercetări, am administrat vitamină C la diverși bolnavi mintali:

a) Am tratat 23 de bolnavi cu sindrome depresive, caracterizate în special prin: idei triste, preocupări hipocondriace, neliniște, fatigabilitate, cefalee, insomnie, anorexie, constipație, hipotensiune, decalcifieri dentare, etc. Acest tratament a fost aplicat în majoritatea cazurilor în partea a 2-a a iernii și începutul primăverii. Tratamentul cu Proscorbin s'a făcut după un dozaj prealabil în urină, indicând o hipovitaminoză. Pentru dozaj s'a întrebuințat metoda Tillmans cu 2.6 diclorophenol-indophenol, aplicându-se testul de saturație. Dozajele au fost efectuate de d. dr. *I. Cosmulescu* în Laboratorul de Chimie biologică al Clinicei.

Saturația în vitamină C a fost realizată după un interval variabil. Urmărind prin dozaje zilnice o serie de bolnavi cărora li se administra 300 mmg. Proscorbin pe zi, se ajungea la o saturație abia după 5—6 zile, uneori două săptămâni.

Rezultatele au fost favorabile în toate cazurile, obținând remisiuni bune sau totale.

Dăm mai jos o observație, ca exemplificare:

Obs. I. — Bolnavul Nicolae C., de 24 ani, student în medicină. vine pentru: insomnie, anxietate, tahicardie, preocupări hipocondriace, idei de dubiu și o stare de astenie psiho-motorie accentuată.

La intervale variabile anxietate puternică, cu angoisă precordială, corespunzând cu oarecare rid care a tensiunii arteriale în acel moment. Maladia a survenit în urma epuizării și surmenajului intelectual.

Se începe un tratament în doze mici de nsulină, dar bolnavul prezintă fenomene puternice hipoglicemice. (S'a arătat că rezervele de glicogen hepatice și musculare sunt foarte scăzute în hipovitaminoză C. Altenburger, Fischbach și Terbrüggen, Ratsamimanga).

Procedăm atunci la testul de saturație cu vitamină C, după procedeul Tillmans. Se constată că după injecția de 250 mmg. Proscorbin, se elimină peste 2 ore, între 1,73 — 2,40 mmg. % acid ascorbic. Incepem atunci în fața acestei stări de hipovitaminoză C, administrarea de Proscorbin 150 mmg. zilnic. Bolnavul începe să devină mai vesel, doarme mai bine, dispar preocupările hipocondriace, anxietatea, bolnavul afirmă, că se simte înviorat. După 20 zile părăsește complet remis. Clinica de Psihiatrie.

In psihozele de involuție depresivc am administrat Proscorbin în 2 cazuri cu rezultate bune, obținând ameliorări a stări psihice.

Obs. II. — Bolnavul Constantin I, de 54 ani, vine pentru stare depresivă, anxietate, insomnie, idei de negație, idei de ruină, negativism alimentar. Nimic deosebit la examenul somatic. Toate analizele serologice pentru lues, negative.

Tratat la început cu extracte de opiu, Porfidină, extracte testiculare, calciu, am constatat că nu se produce nici un fel de ameliorare. Asociem atunci vitamina C, sub formă de Proscorbin 150 mmg. zilnic și continuăm aces tratament 35 zile. Pe măsură ce administrăm acest preparat observăm, o atenuare a ideilo-delirante, dispariția negativismului alimentar și a astheniei, amendarea fenomenelor depresive și anxioase, bolnavul se prezintă mult remis, fără însă să se poată vorbi de o vindecare.

Utilizarea vitaminei C. pe o scară întinsă în sindromele toxi-infecțioase ne-au îneemnit să administrăm Proscorbin în 3 cazuri de encefalită psihozică. Redăm una din observațiuni.

Obs. III. — Bolnava Maria T., de 18 ani, vine pentru confuzie mintală, idei delirante poliforme, cefalee puternică, vărsături, hipertermie. Se constată un strabism convergent apărut în urma maladiei.

Formula leucocitară: 12.000 globule albe, 24% polinucleare neutro file, uree 0,25, nor fin de albumină. S. R. Widal, hemocultura, negative. I se pune diagnosticul: encefalită psihozică. Se începe un tratament anti-infecțios cu salicilat de Na., Prontosil, urotropină, electrargol. Se obține o scădere a temperaturii fără dispariția turburărilor mintale. Se începe administrarea de Proscorbin 150 mmg. zilnic. După 5 zile de tratament constatăm o îmbunătățire a stării mintale — bolnava mai liniștită, confuzia mintală mult mai ușoară, nu mai este violentă. Pe de altă parte hipertermia a dispărut cu desăvârșire Această ameliorare se continuă și bolnava merge spre o vindecare completă.

Din cauza lipsei de Proscorbin suntem siliți să întrerupem după 12 zile acest tratament.

Toate simptomele dinainte reapar—confuzie mintală cu crize de onirism de data asta, impulsivitate, insomnie, excitații psiho-motorii.

Reîncepem tratamentul cu Proscorbin după 8 zile, ca să constatăm dispariția în trei—patru zile a tuturor acestor manifestații.

Bolnava iese din Clinica de Psihiatrie remisă complect, lucrează, răspunde la întrebări, este afectuoasă, păstrând însă ușoară lentoare a ideației și a activității.

In psihozele alcoolice, administrarea vitaminei C e încă în faza de experimentare în clinica noastră, și va face obiectul unor comunicări ulterioare.

Vitamina C ca tratament adjuvant.

In malariaterapie e un fapt evident scăderea aproape constantă a tensiunii. Această scădere e uneori impresionantă și comandă întreruperea tratamentului, cu atât mai mult, cu cât această hipotensiune ajunge să nu mai fie influențată de analepticele cardiace și vasculare obișnuite. Pe de altă parte avem o astenie marcată care constitue o altă dificultate în continuarea tratamentului.

Aceste simptome, hipotensiune și astenie, au fost urmărite cu o deosebită atenție în clinică și ca regulă generală se ia zilnic odată sau de două ori tensiunea bolnavilor impaludați.

Scăderea aceasta a tensiunii este atribuită de unii autori unei insuficiențe suprarenale, fapt confirmat de constatările anatomice.

Giroud și *Leblanc* constată că suprarenalele sunt organul cel mai bogat în vitamină C.

In două articole consecutive, *Plaut, Bülow* și *F. Scheid* arată că în cursul malariaterapiei se produce o sărăcire a organismului în vitamină C. Dozând în urină, găsesc o creștere a vitaminei C, pe de altă parte în L. C. R. găsesc o scădere considerabilă.

Am utilizat vitamina C dând-o sub formă de Proscorbin per os sau injecții, 150 mmg. zilnic, în 20 cazuri. Efectele acestui tratament adjuvant comparativ cu cazurile în care n'a fost administrat, sunt evident și concludent satisfăcătoare.

Am obținut influențarea următoarelor simptome în cursul malariaterapiei: 1. hipotensiunea nu se produce nicio dată, în cazurile când nu e vorba de o afecțiune cardiacă sau vasculară asociată, prin administrarea de Proscorbin.

Redăm o observație demonstrativă:

Bolnavul Petre P. cu Paralizie Generală este impaludat la 25 Iulie. Tens. art. 12/7. La 3 August primul acces de malarie. Din ziua de 25 Iulie bolnavul ia 150 mmg. Proscorbin. Tensiunea sa menține după 5 accese la 12/7 Din lipsă de vitamină C suntem nevoiți să întrerupem administrarea, în ziua de 9 August. Tensiunea scade la 10 August la 10/7; apoi în ziua de 11 August la 9/7 și la 12 August la 9/6, apoi la 13 August la 8/6. Administrăm la 14 August din nou vitamina C. Tensiunea se ridică la 10 jum./ 9 jum., apoi în ziua de 14—15 August rămâne la 11/7 ca apoi să revină la 12/7. Bolnavul avut accese febrile în intervalul 9—15 Aug.

Astenia mult mai puțin acentuată la cei la care am administrat vitamină C, ea era uneori extremă la cei fără.

Herpes și Zona Zoster. Se cunoaște acțiunea terapeutică a vitaminei C în herpes, reliefată de *Dainov.* Pe de altă parte, foarte frecvent constatăm apariția de herpes bucal, mai ales, cornean uneori, în cursul malariaterapiei. Nu am avut de înregistrat niciun singur caz de herpes sau de Zona Zoster prin administrarea continuă de Proscorbin.

In ceea ce privește complicațiile hepato-renale, credem că vitamina C a avut un efect, deoarece n'am constatat nicio complicație în cazurile tratate.

In regulă generală credem că trebue să administrăm vitamină C. în cursul malariaterapiei în mod constant, începând chiar din ziua inoculării, dând zilnic 150 mgr., doză care poate fi mărită la apariția acceselor.

In arsenoterapie. Importanța tratamentului cu arsenic în sifilisul nervos e bine stabilită și atunci când unele contraindicațiuni se silesc să renunțăm la el, ne lipsește de un tratament extrem de prețios.

In cazurile de intoleranță la arsenic trivalent, Dainow a arătat că administrarea concomitentă de vitamină C, suprimă această intoleranță.

Cazurile cele mai favorabile de remisiune în P. G. le-am avut atunci când am putut asocia malariaterapiei Stovarsolul sodic sau Solvarsinul, întrebuințat după indicațiunile lui *Marchand, Sézary, Ravaut,* etc. In aplicarea acestui tratament avem de temut nevrita optică, în care scop cercetăm constant și frecvent acuitatea vizuală și fundul de ochi.

Am fost conduși să cercetăm rezultatele vitaminei C ca adjuvant și în tramentul cu arsenic pentavalent. In cazurile de tabo p. g., contraindicate în general tratamentului cu Stovarsol (Sézary), am administrat Proscorbin în doze variabile. In cele 4 cazuri de tabo p. g. tratate cu Stovarsol, nu am avut de constatat nici un simptom care ar fi indicat vreo leziune a nervului optic, în cursul examenelor frecvente.

In concluzie: Vitamina C administrată de noi sub formă de Proscorbin per os sau în injecții la doze zilnice mijlocii de 150 mmg. ne-au dat rezultate favorabile:

a) ca tratament principal împreună cu celelalte medicațiuni cunoscute, în stările depresive, în psihozele de involuție și în encefalitele psihozice;

b) ca tratament adjuvant în cursul malariaterapiei și în cazurile predispuse la intoleranță în arsenoterapie.

ORGANIZAREA ASISTENȚEI SPITALICEȘTI

de Conf. Dr. GH. PLĂCINȚEANU

Motto: Medicul, servitorul și ministrul naturei nu poate să lucreze înțelept și onest decât dacă el adaptă legilor sale, modul său de a gândi și modul său de a lucra

Thomas Sydenham

In anii din urmă s'a dat o atențiune deosebită, în lumea medicală, reîntronării în drepturile sale a spitalelor. Pentru a accentua aceasta e suficient a releva marele număr de spitale moderne, ridicate în nenumărate țări, menite să îndeplinească nu numai funcțiunea lor terapeutică și profilactică, dar cari au dobândit astăzi rolul predominant în igiena socială.

«Spitalele, spun unii, sunt chemate să se ocupe atât de igiena rasei cât și a individului, prezervând generațiile viitoare de boli hereditare, protejând sănătatea păturilor vii ale unei populațiuni».

Dr. *I. L. Browlie,* la congresul internațional al spitalelor, care s'a ținut la Roma în 1935, a spus «că într'o regiune, nivelul de igienă publică este într'o largă măsură condiționat de standardul spitalelor».

Dr. *Garraz Bournet,* inspector general de sănătate în Franța, într'un articol al său accentuiază «că spitalul, centru de sănătate, organ central de protecțiunea sănătății publice, organ de coordonare a asistenței și igienei, trebue să devină elementul cel mai activ în sănătatea sanitară».

Am relatat în «România Medicală» despre activitatea Societății internaționale a spitalelor, care redactează și revista *Nosokomeion,* sub îngrijirea unui comitet compus din elita medicală internațională, arătând, care este rostul acestei societăți internaționale, care se ocupă și discută în congrese toate problemele de seamă ale asistenței spitalicești. Dacă spitalele nu satisfac anumite și fixe exigențe, atunci ele nu asigură adevărata apărare sanitară a colectivității, care s'a convins și are încredere din ce în ce crescândă în instituțiunile de asistență spitalicească.

Sunt patru exigențe fundamentale, cărora spitalul trebue să corespundă: *igiena, diagnosticul, terapeutica, organizarea.*

Rolul factorilor conducători în materie de sănătate publică este de a modela spitalele astfel încât să răspundă în condițiuni optime exigențelor din cele patru domenii citate mai sus.

Spitalele publice, insuficiente din punctul de vedere al construcțiunii, animate în interior cu personal lipsit de cultură în vocațiune, lipsit de supleță, erau puțin căutate de bolnavi, cari se îndreptau foarte adeseaori la așezăminte particulare, la Case de sănătate, la sanatorii.

Astăzi însă spitalele publice din toate țările se adaptează nouilor principii fundamentale de asistență și devin adevărate centre de sănătate cu substrat științific și de organizare serioasă, conduse de medici specializați și din ce în ce mai complecți.

Asistența spitalicească românească, lăsând în afară de discuțiune clinicele universitare și unele centre spitalicești civilizate, presărate prin țară, este încă departe de a corespunde actualității occidentale, și este departe de a satisface nevoile unei redresări rasiale, de a aduce un randament vital cât mai mare și cât mai aproape de perfecțiune.

Incă la noi copii mor în primul an într'o proporție considerabilă, femeile mor de infecțiune puerperală, bărbații mor de tuberculoză, de sifilis, de cancer ș. a. m. d.

M'am întrebat într'un articol trimis «*României Medicale*» în 1931, că dacă Statul nu poate întreține întreaga rețea spitalicească actuală, iar dacă instituțiuni spitalicești mai mari își închid porțile pentru că nu se pot întreține, nu s'ar putea oare creia centre spitalicești pe regiuni întinse? acuma am putea vorbi de centre pe ținuturi. Acest centru regional bine echipat ar oferi o adevărată asistență și ar realiza un progres în această problemă. Ar înlocui spitalele agonisante sau fantomele architecturale. Către aceste centre ținutale, cu laboratorii, instalațiuni de agenți fizici, maternitate, mecanoterapie, cardiologie, enterologie, hidroterapie, radiologie, etc. ar converge toată lumea bolnavă din «*bezna satelor*», cum spunea *Dr. Baludima.* Cu trenul, cu autosanitara, cu căruță brancardă, toți suferinzii, ce au nevoie de intervenții și tratamente speciale ar atinge aceste centre regionale.

Spitalele rurale ar rămânea spitale mixte, unde medicul să cunoască tot așa de bine exantematecul, scarlatina, febra tifoidă, ca și hernia strangulată, apendicita acută, sau sarcina distocică. Aici, la spitalul rural, adevărat post regimentar, să se facă *chirurgie și obstetrică de urgență, să fie postul urgențelor și a izolării maladiilor infecto-contagioase, să fie stațiunea de triaj pentru spitalul regional.*

Pentru a corespunde actualității, adică pentru a satisface principiile fundamentale în ceace privește construcțiunile, economia în echipamentul spi-

Contra infecțiunilor stafilococice
și în tratamentul
blenoragiei

ULIRON

Preparatul chimioterapeutic
pentru
administrarea pe cale bucală

12, 24 și 250 tablete de 0,5 g.

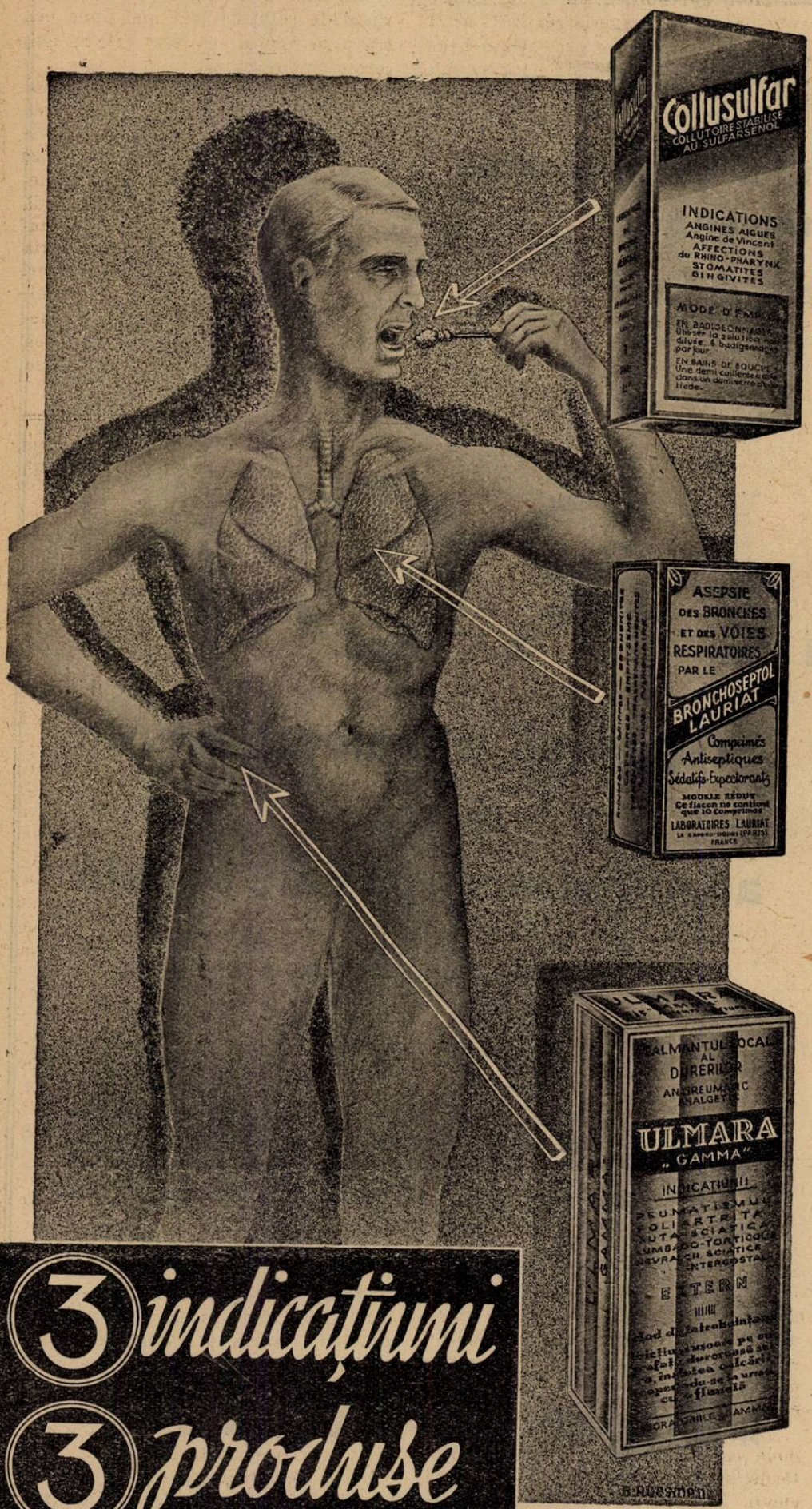
»Ulironul marchează incontestabil un progres însemnat în chimioterapia blenoragiei. Efectele sale întrec pe acelea ale altor preparate și permit într'un procent important vindecarea blenoragiei pe cale bucală, ceeace înseamnă un progres remarcabil«.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. L. Pop și Dr. P. Cirlea, »Clujul Medical« No. 11, 1938

BAYER

»Bayer« LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu, 53 Tel. 3.92.85 Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. CLUJ, Calea Moților 18, Tel. 37-22



COLLUSULFAR

SULFARSENOL . . 5 gr.
EXCIPIENT q. s. p. 100 cc.

ANGINE ACUTE
ANGINA LUI VINCENT
GINGIVITE

BADIJONAJ ŞI BĂI DE GURĂ

BRONCHOSEPTOL

„LAURIAT"

Pudra de Doveri Codeinată (0,10)	Ipeca	0,01
	Sulf. de pot.	0,04
	Nitr. de pot.	0,04
	Codeină	0,01
BROMOL (Tribr.)		0,02
Extract de Aconit		0,0025
„ de Belladonă		0,005
Terpină		0,05
Benzoat de Sodiu		0,10
Excipient		0,33

AFECŢIUNILE CĂILOR RESPIRATORII

4—6 PE ZI

ULMARA

„GAMMA"

ES. DE SPIREA ULMARIA
„ „ MATRICARIA
„ „ TEREBENTINĂ
„ „ THYM
„ „ LAVANDĂ
„ „ ROSMARIN
CLOROFORM

ANTIREUMATIC ANALGETIC

FRICŢIUNE

3 indicaţiuni
3 produse

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

talelor, organizarea staţiunilor de bolnavi şi a serviciilor generale şi multe ale probleme, ce astăzi alcătuesc o nouă disciplină medicală, *disciplina asistenţei de spital*, toate instituţiunele: (Statul, eforia şi epitropia, asigurările sociale, Casa muncii C. F. R. etc.) trebuesc să studieze, să se pună în relaţiuni cu Societatea internaţională a spitalelor, să trimită delegaţiuni la congresele anuale, pentru a-şi însuşi datele de activitate în această nouă ramură de activitate medicală şi adaptate posibilităţilor şi specificului nostru românesc.

Spitalele publice şi la noi «nu trebue să mai fie o casă de spaimă pentru cel suferind, ci un cămin confortabil, agreabil şi dorit de bolnav.

Pentru a se ajunge la realizări ar fi necesar creiarea unei asociaţiuni a asistenţei spitaliceşti, patronată şi sub directa putere a Ministerului sănătăţii publice, care să concentreze la colaborare toate conpetinţele de technicieni experimentaţi în branşa spitalicească din categoria: *administrator, medic, arhitect soră de caritate, economist*, alcătuind «*un comitet de construcţiune*», ajungându-se după studii aprofundate la realizarea tipului de *spital regional românesc.*

Chestiunile technice, chestiunile medicale, chestiunile administrative, de economie, de finanţare ar fi capitolele fundamentale de studiat de comitetele de construcţiuni pentru a se ajunge la soluţiuni cât mai bune pentru a se realiza spitalul într'un chip serios şi durabil.

In felul acesta nădăjduim, că asistenţa spitalicească românească va suferi transformările cerute de progresul vremurilor noastre şi se va difuza în public încrederea că în adevăr medicina este în plin progres, că posedă mijloace sigure şi palpabile în tratamentul boalelor. S'ar risipi reputaţia famată a spitalelor publice şi ar oferi medicilor sursa ştiinţifică necontenită în toate ramurile de activitate medicală, ceeace ar însemna menţinerea nivelului cultural al acestora, mereu în actualitate.

Intre satisfacţiile spirituale şi satisfacţiile materiale

de Dr. GEORGE D. VINTILĂ
Asistent-universitar

Am urmărit cu viu interes desfăşurarea problemei generaţiei noastre medicale, sub mărturisirea scrisă a celor trei emeriţi medici: *Pavel, Claudian* şi *Florian*, precum şi concluziile d-lui Profesor *P. Tomescu.*

După o analiză rapidă, problema tineretului apare ca o adevărată dramă. Această situaţie nu este specifică ţării noastre, fiindcă şi aiurea această problemă a fost judecată pe toate feţele.

Dr. *Gilbert-Robin*, şef de clinică de la Facultatea de Medicină din Paris, în lucrarea sa «Les drames et les angoisses de la jeunesse) împarte tineretea, din punct de vedere al aspiraţiunilor, în normală şi morbidă.

Presupunând că pretenţiile noastre se găsesc în cadrul celor posibile şi celor juste, nu am a mă ocupa de cât de tineretea normală.

In această privinţă, iată ce spune, *Gilbert-Robin.*

Tineretea are dramele şi grijile ei; însă ea se rezolvă în chipul în care noi ştim să luăm contact cu realitatea.

Această realitate se rezumă la doi factori: omul şi obstacolul,— fiindcă la drept vorbind noi ne plângem de obstacole inerente ascensiunei râvnite.

Copilul, iluzionist, vede zidul că cedează.

Adolescentul, îngâmfat, îşi sparge capul de zid.

Adultul, precaut, îi face înconjurul.

Cu alte cuvinte, omul ia contact cu realitatea pe măsura cunoaşterei adevărului izvorît din observaţie şi experienţă.

«Tineretea este intransigentă, sentimentele ei tâşnesc în plină lumină ca nişte săgeţi, animate de lupta pentru dreptate. Tineretea socoteşte că are dreptul să se aştepte totul dela viaţă, că orice se prezintă în faţa lui, răspunde calităţilor ei.

Din cele expuse mai sus, mi se pare că decepţiile noastre rezultă dintr'un fel greşit de a vedea viaţa, de a ne adapta situaţiei.

Evident, cauza generaţiei noastre este de o acuitate febrilă, dat fiind faptul, că pletora de medici tineri, a întrecut toate posibilităţile de plasare în oraşe, cei mai mulţi refuzând să exercite medicina rurală.

Ţinând seama de condiţiile sociale, medicina trebue, mai întâi de toate adaptată nevoilor de astăzi; nu medicii formează medicina — cari sunt trecători — ci, legile imuabile ale biologiei omului.

Noi, suferim din cauza unui anacronism de organizare a învăţământului medical, dela început, anacronism, care ne urmăreşte cu efectele lui nefaste până la renunţare.

D-l Ministru *Andrei*, prin noua lege de organizare a cursului secundar, a introdus o inovaţie menită să facă o revoluţie, chiar şi în sufletele celor mai evoluaţi; măsură echitabilă, justă de practică reală, măsură care nu a avut putinţa traducerei în fapt, din stăruinţa acea atavică care face din omul cel mai capabil, robul prejudecăţilor.

D-sa a împărţit elevii de liceu în două categorii: sinonime cu posibilităţile spirituale de cari dau dovadă elevii, în cursul celor 7 ani de pregătire. Cine se poate afirma ca o elită spirituală, poate trece în clasa de bacalaureat cu perspective să ajungă până la cele mai desăvârşite discipline, cine nu, îmbrăţişează partea practică, şi economică.

In felul acesta, am propus, cândva, repartizarea medicilor după posibilităţile lor intelectuale.

Ocupându-ne, în special de medicii dela oraş, am arătat într'un articol, că ei se pot împărţi în trei categorii:

Medici practicieni, de spitale şi afiliaţi clinicilor.

Medicii practicieni, dacă nu au onoruri, au în schimb viaţa cea mai comodă; odată consultaţiile închise, îşi pot consuma în tihnă bucuriile vieţii, fără nici o răspundere. Dealtminteri, neavând cheltueli de reprezentare sunt singurii în măsură să-şi agonisească o avere plină de promisiuni..

Medicii de spitale au greaua răspundere a vieţii tuturor bolnavilor pe cari îi au în îngrijire. Este una din cele mai istovitoarea meserii, în care satisfacţia materială şi spirituală nu întrece pe cea a sacrificiului. Au marea chemare a întreţinerei vieţii pe pământ, de a înfrânge natura, de a restabili echilibrul organic odată sdruncinat.

Această datorie devine aproape o misiune, la care nu pot fi chemaţi de cât o categorie de medici. Aceşti medici sunt de ajuns de pregătiţi, ca să cunoască aceasta, prin educaţia pe care şi-au apropiat-o prin viaţa comună, pe care o duc cu bolnavii lor. Sunt îngerii albi, cari, apar în nopţile de crude încercări la capătul suferinzilor, trimişi de providenţă, ca să o salveze.

Pentru medicii afiliaţi clinicilor şi pentru cari scriu în mare parte aceste rânduri, propun următorul corectiv:

Sistemul de recrutare de până acum este defectuos. Numirile, fără o cercetare în mai deaproape a posibilităţilor spirituale, n'au corespuns scopului carierei universitare. S'a preconizat concursul: concursul nu este totdeauna un criteriu absolut; dreptul de concurs presupune oarecare prerogative, ceace face din candidatul reuşit un mic tiran al mediului înconjurător şi din cauza acestor drepturi câştigate, devine un suficient, incapabil de a mai primi sugestii.

Sunt puțini asistenți cari-și onorează locurile fiindcă, cei mai mulți nu au chemare, pornirea sufletească pentru cercetări sau pasiunea unei curiozități științifice. Și acest lucru nu se poate cere unui improvizat, fiindcă pentru această misiune suntem determinați de tare ancestrale, influențe educatoare și medii sociale.

Cum ar trebui să se facă recrutarea aparatului universitar?

Din elita intelectuală a Facultății de Medicină, care a dat probe de examen strălucite, să se aleagă în fiecare an lotul predestinat pentru cariera universitară — un fel de școală de război — unde să se învețe arta profesoratului. Studentul să fie educat complect și în toate direcțiile, în laboratoare, clinici și institute, să i se ceară o educație generală medicală și de cultură înaltă socială. Este o greșală, specializarea «ad-ultrans» ignorarea celorlalte materii împiedică educatorul pentru a vedea o problemă în ansamblul ei, iar fenomenele naturale suferă din lipsă de interpretare, necunoscând legile fundamentale.

In această privință, să ascultăm pe marele matematician *H. Poincaré*, care în a sa lucrare «Science et Mèthode», recomandă inginerilor metoda intuitivă ca mijloc al cunoașterii diferitelor legi mecanice:

«Une connaissance approfondie et rigoureuse des premiers principes leur est avant tout indispensable; car ils se feraient une idée fausse de la science s'ils ne le regardaient jamais que d'un seul coté et d'ailleurs ils ne pouraient développer chez leurs élèves une qualité qu'ils ne posséderaient pas eux même».

Pentru cariera universitară se cere vocațiune: arta de a ști să înveți pe altul nu trebue să aibă la bază orgoliul sau interesul, ci, numai dorința de a difuza știința pentru folosul altora.

La cei vechi disciplinele erau predate numai de filosofi, cari au o viață plină de privațiuni.

Satisfacția spirituală constă din urmărirea adevărului. *Blaise Pascal*, spune: «Rien ne donne le répos que la recherche sincère de la vérité». Spuneți, aforismul acesta nu sintetizează în gradul cel mai înalt satisfacția spirituală?

Cercetătorul pasionat — ne silit — din libera voință, dintr'un impuls natural, se complace în acest ideal și creiază minuni; dacă, la capătul acestor cercetări s'ar pune interesul, știința nu poate profita decât în măsura satisfacției orgolioase și materiale.

Paulescu, spune: o cercetare științifică trebue să se facă fără idei preconcepute și nu în vederea unui scop; natura își are legile ei imuabile de la care nu se abate decât cu suferința adevărului.

Boutroux. mare gânditor francez, admite intervenția omului în legile naturei numai cu scopul de a o depăși:

«In raporturile sale cu lumea, omul nu e spectator redus să voiască lucrurile, așa cum se petrec în mod necesar; el, poate să activeze, să imprime pecetea sa asupra materiei, să se servească de legile naturii, pentru a crea opere cari o depășesc. Și, dacă, ordinea lucrurilor poate fi modificată, într'un mod contigent, nu va fi suficient de a fi conceput, dorit sau voit binele, pentru a fi util, bun, va fi necesar de a fi activat sau cel puțin de a fi încercat de a activa, căci după conștiința morală binele posibil este obligatoriu».

Prin urmare, misiunea noastră de conducători a vieții spre perfecțiune, impune meditațiune, pentru a sesiza, în linii cât mai definite ceva, care mai stărue să rămână în confuz adică, să devină din extra-științific în științific. Numai astfel se poate stabili o ierarhie sufletească deosebită de comun, prin acea că este activ în vederea binelui absolut.

Activând astfel, cu toată lipsa de informații, cu toate vicisitudinile vieții, cu toate obstacolele și îndoielile asupra izbânzei, vom putea spune ca eroii lui *Carlyle*, că purtăm în noi, în mod intuitiv, o anumită concepție despre lume, despre tot, ca o religie proprie, pentru eterna frumusețe și armonie a vieții; sau cel puțin, mângâerea că avem rolul de a releva celorlalți oameni, primatul muncii, ca o virtute în favoarea noastră.

REVISTA CARȚILOR

C. Lepoutre: Chirurgie des voies urinaires. (Etudes cliniques: deuxieme série) Paris 1939 — Edit. G. Doin — Un volum cu 290 pagini.

Titularul catedrei de Urologie din Lille și membru al Asociației Franceze de Urologie, a îmbogățit literatura urologică cu o nouă lucrare ce reprezintă sinteza unei îndelungi experiențe urologice. Cele 9 capitole destul de interesante te captivă citindu-le și sunt perfect puse la punct, în lumina ultimelor cercetări și achiziții pe tărâmul urologic.

Incepând cu explorația urologică, autorul insistă asupra interesului ce-l reprezintă examinarea în picioare a bolnavului, din cauza mobilității renale, fapt dealtfel destul de cunoscut, care l'a și determinat să inspire subiectul tezei inaugurale unui elev al său. Cu acelaș simț practic și didacticitate caracteristică, continuă desvoltarea capitolului de fizio-patologie, cu considerațiuni foarte ample în ceeace privește influența rinichiului bolnav asupra congenerului său de partea opusă și care, în vederea rolului de înlocuire la care va fi impus, se va ipertrofia compensatoriu cu iperactivitate funcțională. Această influență este studiată amănunțit în diverse maladii ale aparatului urinar, în fruntea cărora stă baciloza renală.

Malformațiunile organelor urinare sunt descrise într'un capitol separat, din studierea cărora rezultă clar că, investigațiunile radiologice din ce în ce mai moderne, își găsesc cu atât mai mult utilitatea și importanța lor în patologia urinară, cu cât surprizele de control și de verificare sunt mai numeroase și mai edificatoare, înlăturându-se astfel erorile clinice posibile.

Din capitolul «Arsuri» reținem în special pe cele ale uretrei, cari sunt provocate fie printr'un defect de aplicațiune terapeutică a curenților diatermici, cazuri din fericire mai rare, fie provocate de însăși bolnavii purtători a diverse infecțiuni uretrale, între cari primează blenoragia, și cari auto-tratându-se empiric, întrebuințează caustice puternice în concentratiuni mari.

Initiaza privită în general și localizarea ei pe diferite organe urinare, cât și tumorile renale și prostatice, sunt studiate cu toată atențiunea cuvenită, autorul insistând suficient asupra pronosticului intervențiunilor mângerânde adecvate cazurilor. Apoi două capitole: «Technica chirurgicală» și «Instrumentația urologică» completează frumosul cadru al acestei lucrări de reală importanță pentru urologi.

Intenționat am lăsat la sfârșitul acestor rânduri considerentele asupra «Inflamațiunilor», din cari atenția nea fost reținută de marele capitol, de covârșitor interes, al «colibacilozelor», cari prin multiplicitatea și diversitatea repercusiunilor asupra organismului fac din enteropatii și urinarii cronici adevărate victime. Turburările nervoase provocate de colibaciloze sunt în deajuns de cunoscute. După însăș declarațiunea autorului ca nimănui să nu i se pară ciudat că un chirurg-urolog tratează o chestiune strict destinată medicilor cu totul specializați, insistă cu autoritatea-i necontestată, asupra *«psichozelor colibacilare»* din ce în ce mai des depistate, și asupra cărora, adăogăm noi, reprezentanții școalei psichiatrice și neurologice românești au accentuat, nu de mult, realitatea și individualizarea acestor psichoze de origină colibacilară, prin nenumărate articole și comunicări științifice de specialitate.

Stările melancolice — depresive, stările confuzionale cât și cele schizofrenice de origină colibacilară sunt

la ordinea zilei şi au fost concretizate într'un substanţial raport făcut de d rul Baruk la Congresul Francez de Terapeutică din Octombrie 1933. Atragem atenţiunea deci cu atât mai mult asupra acestui capitol cu cât suntem convinşi de necesitatea unei mult mai strânse colaborări între urologi şi neuro-psichiatri, atunci când nevoea o cere.

Credem că prin calităţile ei, lucrarea documentată a Profesorului Lepoutre va fi foarte bine primită în lumea medicală, în special cea urologică, şi o recomandăm cu toată căldura căci excelează printr'o sinceritate ştiinţifică rar întâlnită cât şi prin ilustrarea caznisticei cu observaţiuni clinice perfect concludente.

Dr. C. CHIRIŢĂ

Teodor Firică: «Compresiuni medulare de origină rachidiană». Un volum de 250 pagini. Tipografia Oltenia Bucureşti

In ultima vreme, atât în străinătate cât şi la noi în ţară, chestiunea compresiunilor medulare a fost adeseaori desbătută, căutând să se găsească atât mijlocul de a face un diagnostic precoce, cât şi cea mai potrivită metodă de tratament.

Chirurgii români, au adus contribuţiunea lor importantă la studiul acestui capitol de patologie.

Din raportul D-lui Firică la al X-lea Congres naţional de chirurgie, literatura medicală românească se îmbogăţeşte cu o nouă lucrare, ce reflectează concepţiile cari domină actualmente clinica şi terapeutica acestor compresiuni medulare.

Incă dela început, autorul ne previne că a ales din domeniul atât de vast al compresiunilor medulare de origină extra canaliculară, numai compresiunile datorite: 1. traumatismelor vertebrale, 2. tumorilor coloanei vertebrale 3. herniilor nucleare posterioare.

Au fost lăsate deoparte tumorile pararachidiene, tumorile parazitare, inflamaţiunile vertebrale acute şi cronice, malformaţiunile congenitale, osteită fibrokistică Reglinghausen, osteomalacia, etc.

Lucrarea este împărţită în patru capitole: 1. Sindromul nervos de compresiune medulară; 2. Traumatismele închise ale rachisului; 3. Discul intervertebral; 4. Tumorile rachisului.

In primul capitol, autorul după ce trece în revistă toate cauzele care pot determina sindromul de compresiune medulară, trece la studiul clinic al acestui sindrom.

După modul de apariţie compresiunea medulară poate fi *acută* (bruscă) sau *cronică* (lentă). Primul tip îl constituie fracturile şi luxaţiile rachisului în timp ce al doilea are ca tip: tuberculoza vertebrală, tumorile rachisului etc.

Autorul insistă asupra dificultăţei pe care o întâmpină chirurgul în faţa unei compresiuni medulare bruse instalată, de a preciza dacă este vorba de o secţiune medulară anatomică, sau numai o întrerupere fiziologică, datorită unei comoţii, contuzii medulare sau unui hematorachis.

Pronosticul variază după cum compresiunea s'a instalat brusc sau lent, recuperarea funcţiunilor pierdute făcându-se mult mai adesea în ultimul caz.

Ocupându-se de compresiunile medulare prin traumatism ale rachisului, autorul găseşte din statisticele ce reunesc un total de 5807 cazuri de fracturi vertebrale, un procent de 37.9% compresiuni medulare.

Diagnosticul precoce de secţiune anatomică sau fiziologică a măduvei este greu de făcut din primul moment Examenul radiologic precum şi evoluţia ulterioară a sindromului de compresiune ne dau indicaţii de probabilitate.

Autorul consideră proba injecţiunei intrarachidiene cu lipiodol precum şi proba manometrică, inutile şi periculoase, în compresiunile acute post-traumatice.

In ceace priveşte tratamentul, este de preferat la început, tratamentul conservator, cu reducere lentă prin decubitus dorsal în pat, asociat cu extensia continuă. Pentru fracturile coloanei dorso-lombare se va întrebuinţa metoda Boehler: tracţiune cu broşe Kirschner prin condilii femurali, membrele inferioare fiind aşezate pe atele Braun. Pentru coloana cervicală, extensiunea se realizează cu aparatul Crutchfield, modificat de Lance. Aparatul gipsat de contenţie se va aplica după dispariţia fenomenelor nervoase.

Laminectomia imediată nu este recomandabilă, atât de teama şocului operator şi mortalităţii destul de ridicate, cât şi din cauza imposibilităţii cunoaşterii dela început, al gradului leziunilor medulare.

Se va rezerva laminectomia întârziată numai sindromelor de compresiune tardivă şi numai după ce în prealabil s'a obţinut o reducere a deplasării osoase.

Partea a treia a lucrării se ocupă de compresiunile datorite herniilor discului intervertebral.

Compresiunile pot fi radiculare, medulare sau mixte şi pot fi produse fie direct prin hernia intraspinală a nucleului, fie prin irupţia lui intra spongioasă, determinând deformări vertebrale consecutive.

Simptomatologia acestor hernii nu este caracteristică. Diagnosticul se face radiologic: absenţa leziunilor corpului vertebral, turtirea discului intervertebral, modificări invariabile cu poziţia în tranzitul lipiodolului.

Tratamentul este ortopedic în perioada de iritaţie radiculară sau chirurgical când cel ortopedic nu dă rezultate. Consistă fie într'o laminectomie simplă decompresivă fie asociindu-se şi extirparea părţii herniate. Rachisinteza este uneori indicată pentru a se evita producerea de hernii secundare.

In ultima parte a lucrării, autorul se ocupă de compresiunile medulare prin tumori vertebrale.

Ca frecvenţă, pe un număr de 111 tumori osoase (statistica Centrului anticanceros dela clinica Prof. Dr. Amza Jianu şi Institutul particular Dr. I. Jovin) autorul găseşte 19 cazuri de tumori rachidiene din care 17 secundare şi 2 primitive. Frecvenţa tumorilor vertebrale, faţă de tumorile osoase în general, ar fi în proporţie de 17.1%.

Din punct de vedere clinic, evoluţia acestor tumori prezintă o *perioadă de debut*, cu simptome dureroase variabile, urmată de o *perioadă de stare*, cu semne de compresiune radiculară, medulară sau radiculo-medulară.

Radiologic se observă leziuni destructive importante, parţiale sau difuze, corticala ruptă sau intactă, localizate la una sau mai multe vertebre. Un semn însă este aproape constant: integritatea discului intervertebral.

Cancerul primitiv realizează o compresiune directă, producând deobiceiu o paraplegie flască în timp ce cancerul metastatic produce prin intermediul pachimeningitei canceroase o paraplegie spastică.

Diagnosticul diferenţial este adeseaori greu de făcut; certitudinea se poate avea numai prin biopsie făcută cu sau fără laminectomie.

Prin tratamentul chirurgical s'a obţinut bune rezultate în tumorile benigne.

Radioterapia asociată sau nu cu laminectomia, a dat uneori ameliorări importante ale fenomenelor de compresiune.

Raportul D-lui dr. Firică, bine sistematizat, scris într'un stil limpede şi utilizând numeroase statistici ale autorilor români şi streini precum şi un bogat material clinic şi radiologic, constitue o bună punere la punct a chestiunii compresiunilor medulare Ultimile pagini ale lucrării, conţin o bibliografie completă a publicaţiunilor privind compresiunile medulare de origine rachidiană.

Prin lucrarea Domnului Dr. Firică, literatura medicală românească se îmbogăţeşte cu o nouă lucrare de valoare şi foarte utilă tuturor celor ce vor să se informeze asupra stadiului actual al cunoştiinţelor în domeniul compresiunilor medulare.

Dr. I. MUŞAT

Datoria medicilor oficiali în aceste vremuri grele

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Revista *«România Medicală»* a ţinut să arate întotdeauna, cât de grea, cât de devotată şi cât de rodnică este munca pe care o desfăşoară medicii din tot cuprinsul ţărei, indiferent de locul modest sau locul de conducere pe care îl ocupă fiecare membru al corporaţiunei noastre.

Am susţinut întotdeauna că acei ce nu-şi fac datoria sunt o neînsemnată minoritate, şi că inactivitatea lor nu poate să determine scăderea prestigiului unei majorităţi impunătoare.

Deşi aceste idei ne sunt încă foarte scumpe şi le socotim îndreptăţite, trebue să arătăm că este necesară o reacţiune puternică şi imediată pentru ca o reputaţie colectivă, câştigată în curs de decenii, să nu fie serios sdruncinată.

Intr'adevăr, unele fapte recente constatate de oameni cari prin situaţia lor înaltă, prin spiritul lor obiectiv şi prin pasiunea lor medicală, sunt la adăpost de orice eroare, — ne-au impresionat profund.

Astfel am aflat că sunt medici cari nu-şi îndeplinesc serviciul, decât în fugă, fără interes pentru bolnavi şi fără nici o sensibilitate pentru suferinţa omenească pe care sunt datori să o aline.

Sunt alţii cari lasă serviciul lor public într'o stare de mizerie impresionantă, punându-se cel mult la adăpost de responsabilitatea ce le incumbă, prin rapoarte scrise în cari se cer fondurile necesare unor renovări.

Un altul, speculează bolnavii internaţi în spital, cerându-le onorarii ilegale.

In fine alţi medici, probabil din cauza unor defecte temperamentale, sunt inadaptabili la mediul în care trebue să lucreze şi crează o ambiantă în care orice activitate pe plan social este imposibilă.

Chiar dacă acest fel de cazuri sunt izolate şi rare, totuşi serviciile publice suferă foarte mult de pe urma inactivităţei, inadaptabilităţei sau incompetenţei acestor medici.

Iar în localităţile unde nu este decât un singur medic, situaţia este de o gravitate excepţională.

Diderot a spus de mult, că un «medic rău este ca o epidemie, care durează atâta vreme cât trăeşte medicul». Dacă această idee era exactă la sfârşitul secolului al XVIII-lea, când a spus-o ilustrul filosof, ea este cu atât mai adevărată astăzi, când posibilităţile de acţiune ale unui medic bun, sunt cu mult superioare acelora de care dispuneau confraţii noştri de acum 250 de ani.

In faţa acestei situaţii, nu putem să rămânem indiferenţi.

Organismul săuătos al corpului medical românesc trebue să reacţioneze.

Dacă în vremuri normale, aceste cazuri pe cari le socotim rare, puteau fi ignorate, astăzi când se cere din partea tuturor, o muncă încordată în serviciul ţării, orice toleranţă este imposibilă şi orice apărare ar constitui o greşală.

De aceea credem că este o datorie elementară şi o necesitate absolută ca acei puţini medici de cari a fost vorba mai sus, să se redreseze, revenind la tradiţia de muncă entuziastă şi onestă a medicinei româneşti.

Medicul conştient nu lucrează nici de frica pedepsei, nici cu speranţa recompensei. Cea mai înaltă satisfacţie el o găseşte în conştiinţa sa, cea mai mare bucurie i-o dă gândul de a fi alinat suferinţa bolnavilor săi şi nici un succes nu poate fi mai plăcut decât acela câştigat în lupta împotriva boalei şi a mizeriei.

Un mare rol au în această mişcare pe care o dorim generală, toţi acei cari în diferite forme au un loc de conducere în ierarhia medicală: inspectorii sanitari, medicii primari de judeţe şi municipii, directorii şi medicii primari de spitale.

Aceştia trebue să fie nişte animatori cari stimulează initiativele, încurajează eforturile şi colaborează efectiv cu toţi colegii lor, în vederea unei activităţi intense pentru sănătatea publică.

Exemplul bun, îndemnul prietenesc, sfatul competent al conducătorului, — trebue să însufleţească pe cei sceptici şi să tonifice pe cei slabi.

In vremurile grele pe cari le trăim, fiecare dintre noi trebue să facem un mai mare efort de muncă în serviciul public pe care îl deţinem, astfel ca randamentul activităţei noastre să fie sporit la maximum.

Sunt sigur că în acest ritm se desfăşoară astăzi activitatea medicală în toată ţara şi că prestigiul corporaţiei noastre va ieşi sporit din lupta ce se dă în prezent, pentru sănătatea publică.

Dar pentru a avea siguranţa succesului, orice defecţiune trebue înlăturată, orice slăbiciune trebue combătută şi orice eroare trebue prevenită.

Tocmai aceasta am urmărit prin rândurile de faţă pe cari le adresăm cititorilor noştri, cu rugămintea de a da concursul lor preţios acţiunei de redresare pe care o socotim absolut necesară.

BIBLIOGRAFII

Troubles de la thermorégulation coup de chaleur. Par L. Dérobert. Ancien chef de Laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 218 pagini . . . . . 60 fr.

Această lucrare nu reprezintă decât un studiu experimental având va scop să precizeze patogenia turburărilor grupate sub numele de insolaţie. Trebue să definim acest termen totalul accidentelorca ri survin la un individ când este expus subit un interval de timp la o temperatură ambiantă mai ridicată decât la aceea cu care este obişnuit, fie printr'o deficienţă a regulaţiunei termice prin obstacol în functionarea sa, fie insuficienţa aparatului termo-regulator.

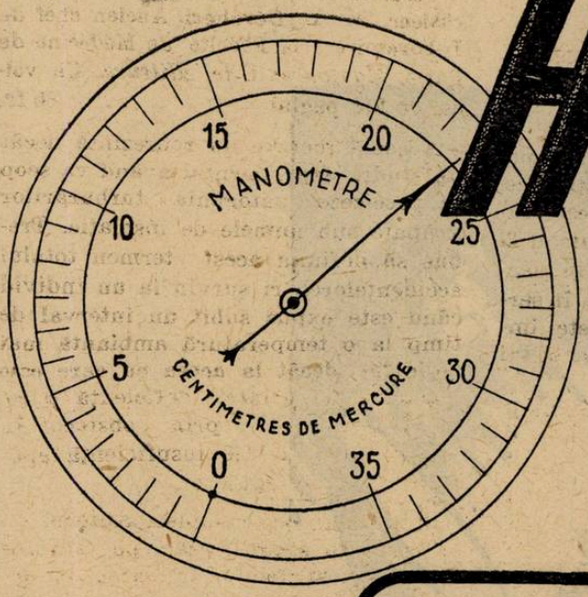
Sindromul este complex. Autorul s'a sprijinit în studiul său, pe studiile cari au fost făcute în cursul anilor precedenţi în domeniul fiziologic al termo-regulaţiunei şi asupra aceluia cu totul recent, în domeniul clinic, al acestui puternic agent terapeutic care este piretoterapia.

Chirurgie de la main. Livre du praticien Plaies, infections et Traumatismes de la main par Marc Iselin, chirurgien de l'Hôpital américain. Un volum de 320 pagini, cu 135 figuri . . . . . 65 fr.

Chirurgia mâinei scapă de obicei chirurgilor de meserie, căci majoritatea dintre răniţi se adresează mai întâi medicilor practicieni. Trebue deci ca aceştia să fie perfect iniţiaţi asupra diferitelor cazuri ce li se poate prezenta. Deaceea d-rul Marc Iselin şi-a împărţit cea de-a treia ediţie a lucrărei sale «Chirurgie de la main» în două iolume, dintre cari, acel care a eşit de sub tipar, intitulat «Livre du praticien» cuprinde studiul plăgilor, infecţiunile şi traumatismele închise, iar cel de-al doilea, de interes strict chirurgical, care va apare ulterior, va fi consacrat chirurgiei reparatoare şi tratamentul afecţiunilor câştigate şi congenitale.

Ideile exprimate în ediţia precedentă au suportat proba timpului, ele sunt simplificate şi clarificate; ceeace acum câţiva ani era considerat ca ceva hazardat, astăzi este de practică curentă. Partea referitoare la plăgi a fost retipărită într'un sens şi mai practic, cu detaliile cele mai simple, de pildă, modul cum se face un pansament. Prevenirea tetanosului a fost mult desvoltată, dată fiind importanţa sa medico-legală.

Au fost adăogate capitole noui cari sunt punerea la punct a chestiunilor actuale cum sunt sechelele trofice şi dureroase, infecţiunile difuzante acute şi traumatismele închise ale mâinei.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— **Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.**
— **Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.**
— **Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.**
— **Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.**
— **Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.**

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

AMIGDALITE

Pentru a înlătura durerea, pentru descongestionare şi obţinerea nestingheritei irigaţii sanguine precum şi o temperatură uniformă în porţiunile atacate, s'a dovedit că compresa caldă cu

ANTIPHLOGISTINE

este extrem de satisfăcătoare

Pe baza proprietăţilor sale revulsive, a căldurii persistente şi plasticităţii sale, Antiphlogistine este medicamentul de elecţie pentru tratamentul local în amigdalite, în toate formele sale

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW-YOK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, Bucureşti I.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

O bursă de 100.000 lei pentru medicină în străinătate

Academia Română va acorda în acest an din venitul fondului testat de defuncta Maria Antachi o bursă de 100.000 lei denumită «Bursa George Vlasto» unui doctor în medicină. Bursa se dă pentru specializare în străinătate în studiul boalelor de nutriţie şi în special în studiul pelagrei.

Bursierul se va alege de Academie prin concurs dintre candidaţii, doctori în medicină, cari vor prezenta dovezi (lucrări publicate, memorii, etc.) asupra activităţii personale desfăşurate în domeniul boalelor de nutriţie şi al pelagrei.

Bursierul se va alege de Academie prin concurs dintre candidaţii, doctori în medicină, cari vor prezenta dovezi (lucrări publicate, memorii, etc.) asupra activităţii personale desfăşurate în domeniul boalelor de nutriţie şi al pelagrei.

Termenul de înscriere la Cancelaria Academiei este până la 15 Februarie 1940.

Al 55-lea Congres al Societăţei franceze de oftalmologie

Al cincizeci şi treilea Congres al S. F. O. va avea loc la Paris la 24 şi 25 Mai 1940.

Profesorul Danis, din Bruxelles va prezenta un raport asupra aspectelor normale şi al anomaliilor congenitale ale fundului ochiului.

Pentru informaţiuni şi înscrieri, doritorii de a participa se vor adresa secretarului general: Dr. Merigot de Treigny, Square de Latour-Maubourg. bourg.

Un nou dispensar medical pentru studenţi

S'a promulgat următorul decret lege, prin care se dă Universităţilor din Bucureşti, posibilitatea de a creia, un dispensar medical pentru studenţii săi.

Art. I. — Ţinutul Prut, este autorizat să cedeze Universităţii din Bucureşti, imobilul său, situat în Bucureşti strada G. G. Cantacuzino No. 19, fost proprietatea prefecturii judeţului Bacău.

Art. II. — Universitatea din Bucureşti este obligată să organizeze, în acest imobil, un dispensar medical pentru studenţi şi să acorde burse sau întreţinere gratuită, în căminele sale, pentru 40—50 studenţi săraci, din ţinutul Prut, şi în special din judeţul Bacău care se vor distinge la învăţătură.

Amânarea concursurilor de medici secundari

Ministerul Sănătăţei aduce la cunoştinţa medicilor înscrişi la concursurile de secundariat în medicină internă şi chirurgie şi care urmau să înceapă în luna Februarie la Bucureşti, Cluj şi Iaşi, că aceste concursuri s'au amânat pentru o dată ce se va anunţa la timp.

Amânarea concursurilor s'a făcut de oarece o parte din candidaţi sunt concentraţi în prezent.

Mişcare în corpul technic sanitar superior al Ministerului Sănătăţei

D. dr. Antonescu D., medic definitiv al circ. Pantelimon, judeţul Constanţa, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Negru Vodă, din Jud. Constanţa.

D-na dr. Popescu Kasianovici Eugenia, actual medic definitiv al circ. Urzicuţa, jud. Dolj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Breasta din acelaş judeţ.

D. dr. Pavel Dordic, medic definitiv al circ. Bujor, jud. Lăpuşna, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Cârpineni, jud. Lăpuşna.

D. dr. Sorescu Gheorghe, medic stagiar la circ. Mera, jud. Putna, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Păuneşti din acelaş jud.

D. dr. Ştefănescu Grigore, medic definitiv la circ. Teşila din jud. Prahova, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Copalnic-Mănăştur din jud. Satu Mare.

D. dr. Dracinschi Venceslau, medic definitiv al circ. Plaiului Cosminului, jud. Cernăuţi, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Burdujeni, jud. Suceava.

D-ra dr. Ionescu Maria, medic definitiv al circ. Mierea Birnici, din jud. Dolj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Stăneşti, jud. Vlaşca.

D. dr. Velceanu Temistocle, actual medic definitiv al spitalului mixt Voineşti, jud. Dâmboviţa, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al spitalului cu circ. Rucăr, jud. Muscel.

D. dr. Pascu I. Octavian, medic stagiar al circ. Toager, jud. Timiş, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Semiacul Mare, jud. Timiş.

D. dr. Petrescu Constantin, medic definitiv al circ. Moţăţei, din jud. Dolj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Cocioc, jud. Ilfov.

D. dr. Jeliu Dimof, actual medic definitiv al circ. Turbaţi, jud. Gorj, se transferă în aceeaşi calitate în postul de medic al circ. Stejarul, judeţul Caliacra.

D. dr. Ştefan Popescu, medic radiolog definitiv al spitalului din Târgovişte şi d. dr. Rusu Viorel, medic primar radiolog al Ambulatoriului policlinic din Sibiu, se transferă în aceeaşi calitate, unul în locul celuilalt, prin consimţimântul reciproc.

D-na dr. Laurenţiu Şeteanu, medic secundar cu concurs, la secţia de chirurgie a spitalului Tu·ca, se transferă în aceeaşi calitate la spitalul din Orhei.

D. dr. N. Joe Diaconescu, chimist asistent la Laboratorul de igienă din Arad, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D. dr. Ioan Stănciulescu, chimist în Direcţia materialelor sanitare, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-ra Iulia Ionescu, farmacistă în Direcţia serviciului sanitar al Municipiului Bucureşti, se confirmă definitv în postul ce ocupă.

D. dr. Crăciunescu Constantin, medic definitiv al circ. Rociu, jud. Argeş, se transferă disciplinar în aceeaşi calitate la circ. Horodişte din jud. Soroca.

D. dr. Gavrilaş Dumitru, medic secundar la spitalul din Brăila, se pune în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie pentru caz de boală.

Numiri de medici stagiari

Prin decret regal următorii medici, se numesc stagiari, pe ziua de 1 Februarie 1940, în posturile de medici circ. pe care le-au ales în ordinea clasificării, în urma examenului de capacitate ce au depus:

D. dr. Nuţulescu Constantin, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Vintileanca, jud. Buzău.

D. dr. Zibileanu Dumitru, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Mănăştiur, jud. Severin.

D. dr. Prelipceanu Mircea, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Vicovul de Sus, jud. Rădăuţi.

D. dr. Opriţă Gheorghe, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Teaca, jud. Mureş.

D. dr. Antonescu Ioan, actual medic provizoriu al Circ. Havârna, jud. Dorohoi, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Şoimari, jud. Prahova.

D. dr. Pătrăşcanu Marcel, actual medic provizoriu al spitalului Scheiu, jud. Argeş, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Mihăileşti, judeţul Vlaşca.

D. dr. Andreescu Vasile, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Spineni, jud. Olt.

D. dr. Diaconescu Dumitru, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Rusăneştii de Jos, jud. Romanaţi.

D. dr. Roşu Dumitru, actual medic

intern la Institutul Antirabic din Cluj, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Căpuşul Mare, jud. Cluj.

D-ra dr. Stănescu Maria, actual medic provizoriu, al Circ. Popeşti, jud. Vâlcea, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Tigveni, jud. Argeş.

D. dr. Manu Iulian, actual medic provizoriu al Circ. Pietroasa, jud. Bihor, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bragadiru, jud. Teleorman.

D-ra dr. Dimian Cristina, actual medic asistent la Laboratorul de igienă din Cernăuţi, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Cuciurul Mic, jud. Cernăuţi.

D. dr. Matei Ioan, actual medic provizoriu al Circ. Băseşti, jud. Fălciu, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Secaş, jud. Timiş, plătit din bugetul judeţului.

D. dr. Gaftoniuc Ioan, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bărcăneşti, jud. Ialomiţa.

D. dr. Ilie Constantin, actual şef de secţie (medic) la Direcţia Ocrotirilor, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Morteni, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Olariu Ena, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Budeşti jud. Argeş.

D. dr. Doniceanu Gabriel, actual medic secundar la spitalul Stamate-Fălticeni, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bogdăneşti, jud. Bacău.

D-ra dr. Roşescu Maria, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bogdăneşti, jud. Bacău.

D. dr. Gherasim Nicolau, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Brăceşti, jud. Buzău.

D-na dr. Parhon Gheorghiţă Elena, actual medic provizoriu la Circ. Ghigoeşti, jud. Nemţ, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Mesaroşiu Cornel Virgil, actal medic secundar la spitalul din Deva, se numeşte în postul de medic al Circ. Sanat-Maria, jud. Hunedoara.

D. dr. Anastasiu Radu, actual medic secundar lă spitalul din Călăraşi, jud. Ialomiţa, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Potcoava, jud. Ialomiţa.

D-na dr. Gherasim Elena, se numeşte stagiară în postul de medic al Circ. Bei Bunar, jud. Durostor.

D. dr. Balo-Arpad Andrei, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Sărmaşu, jud. Mureş.

D. dr. Popescu F. Teodor, actual medic provizoriu al circ. Găvăneşti, jud. Romanaţi, se numeşte stagiar la Circ. Redea, acelaşi judeţ.

D. dr. Ungureanu T. Dumitru, actual medic provizoriu al circ. Belceşti jud. Iaşi, se numeşte stagiar la aceeaşi circumscripţie.

D. dr. Ardeleanu Gh. Dumitru, actual medic provizoriu al Circ. Principele Mihai, jud. Tulcea, se numeşte stagiar la Circ. Breaza, jud. Câmpulung.

D. dr. Ionescu P. Marin, actual medic provizoriu al spitalului cu Circ. Mărăeşti-Corbu, jud. Fălciu, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Gorban jud. Fălciu.

D. dr. Mardare Teodor, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Muntenii de Jos, jud. Vaslui.

D. dr. Boroş I. Ioan, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Slobozia-Mândra, jud. Teleorman.

D. dr. Călinescu M. Titus, actual medic provizoriu al Circ. Şelaru, judeţul Vlaşca, se numeşte stagiar în acelaş post.

D-ra dr. Ciamurlischi Rusca, actual medic provizoriu al Circ. Bazaurt, jud. Caliacra, se nmeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Wihel Andrei, actual medic provizoriu al Circ. Fărău, jud. Alba, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Lupşa, jud. Turda.

D. dr. Drăgan I. Emil, actual medic provizoriu al spit. cu Circ. Uriceni, jud. Botoşani, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Ciurea, jud. Iaşi.

D. dr. Cresco Taras, actual medic provizoriu al Circ. Stăniţa, jud. Roman se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Podoleni, jud. Neamţ.

D. dr. Gheorghu T. Constantin, actual medic provizoriu al spit. cu Circ. Fălesti, jud. Bălţi, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bădeni, jud. Iaşi.

D-ra dr. Ionescu C. Lucreţia, actual medic provizoriu al Circ. Şoimari, jud. Prahova, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Stoiceni, jud. Argeş.

D. dr. Vulpe Ştefan, actual medic provizoriu al Circ. Vârfurile, judeţul Arad, se numeşte stagiar la aceeaşi circumscripţie.

D. dr. Rădulescu Constantin, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Bicazul Ardelean, jud. Ciuc.

D. dr. Chişleag Gh., se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Lungani, jud. Iaşi.

D. dr. Lipovan Gheorghe, actual medic provizoriu al Circ. Negreni, jud. Olt, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Cornereva, jud. Severin.

D. dr. Ifrim Constantin, actual medic provizoriu al Circ. Frecăţei, jud. Ismail, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Miculi Constantin, actual medic provizoriu al Circ. Năruja, judeţul Putna, se numeşte stagiar în postul de medic. Circ. Porceşti, jud. Roman.

D. dr. Samarian Pompei, actual intern la spitalul central de boli mintale din Bucureşti, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Axintele, judeţul Ialomiţa.

D. dr. Albu Nicolae, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Armeni, jud. Sibiu.

D-ra dr. Lupu I. Dora, actual medic provizoriu al Circ. Popeşti, jud. Iaşi, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Botez Octavian, actual medic provizoriu al Circ. Dobrovăţ, jud. Vaslui, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Lazăr Iosef, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Buia, jud. Târnava-Mare.

D-ra dr. Gorducalo Ludmila, actual medic secundar la spitalul «I. Mavromati», din Botoşani, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Izvoarele, jud. Iaşi.

D. dr. Lenghel Iuliu se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Balşa jud. Hunedoara.

D. dr. Pora Iuliu se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Cristuri-Crişeni, jud. Sălaj.

D. dr. Vacss Frederic se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Piua-Petri, jud. Ialomiţa.

D-ra dr. Ardevan Ecaterina se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bălceşti, jud. Cluj.

D-ra dr. Iacobişin Stanislova actual medic secundar la spitalul din Hotin, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Pucşin, jud. Hotin.

D-ra dr. Găluşcă Lucia, actual medic secundar la spitalul Soroca, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Drăguşeni, jud. Dorohoi.

D. dr. Draschievici S. Vasile, actual medic provzoriu al Circ. Pomezău, jud. Bihor, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Aronovici Arnold se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Cătina, jud. Cluj.

D. dr. Grigoriu Constantin se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Giubea, jud. Dolj.

D. dr. Eperjesi Vasile, actual medic secundar la spitalul de boli mintale şi nervoase Sighet, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Vişeul-de-Jos, jud. Maramureş.

D. dr. Susan I., actual medic provizoriu al Circ. Armeni, jud. Sibiu, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Rişculiţa jud. Hunedoara.

D. dr. Balaban Mihail se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Belusovca, jud. Hotin.

D-na dr. Crovetchi Constantinescu Valentina, actual medic provizoriu al Circ. Braniştea, jud. Botoşani, a fost numită stagiară în acelaşi post.

D. dr. Cuţu Ioan, actual medic prov. al Circ. Hurezani, jud. Gorj, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Pheifer Artur se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Părhăuţi, jud. Suceava.

FARMAKO

Laborator de produse chimico-farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai Ia ½ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 — 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMAKO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

SPASMO-CIBALGINE „CIBA"

(Cibalgine + Trasentine)

In acelaşi timp **Spasmolitic** şi **Analgezic**

pentru toate algiile spastice

Dureri ale traectului gastro-intestinal
Colici nefritice şi biliare
Migrenă — Dismenoree — Nevralgii

Dosaj: *bucal:* **1—2 tablete dragefiate 1—3 ori pe zi.**
rectal: **1—3 supozitoare pe zi (copii jumătate!).**

Tablete, flacon cu 20 bucăţi. **Supozitoare, cutie cu 5 bucăţi.**

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

„CIBA"

Reprezentant pt. România: M. ROBERT LECLERC, Bucureşti III, Str. Pietăţii 33.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare.: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

D-na dr. Dumitrescu Eugenia, actual medic prov. al Circ. Mateeşti, jud. Vâlcea, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Zăvoeni, jud. Vâlcea.

D-na dr. Angheluţă Maria, actual medic provizoriu al Circ. Muncelul-de-Sus, jud. Roman, se numeşte stagiară în acelaşi post.

D. dr. Sarchizian Kevork, actual medic secundar la spitalul din Bazargic, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Rasoviceni, jud. Caliacra.

D. dr. Schwartzman Adolf, actual medic secundar la spitalul din Tighina, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Tăriceanca, jud. Cetatea-Albă.

D. dr. Oroşan Vasile, actual medic provizoriu al Circ. Bârsana, jud. Maramureş, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Simion Adalbert, actual medic secundar la centrul pentru ocrotirea copiilor, din Timişoara, se numeşte stagiar în postul de medic de Circ. Gladna Română, jud. Severin.

D. dr. Şapira Riven Strul, actual medic provizoriu al Circ. Latinu, jud. Brăila, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Stăncuţa, jud. Brăila.

D. dr. Dobrescu C. Teodor se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Murgeşti, jud. R. Sărat.

D. dr. Szilaşi Andrei, actual medic secundar la spit. din Odorhei, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Săcel, jud. Odorhei.

D. dr. Armeanu Virgil se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Govăşdia, jud. Hunedoara.

D. dr. Rosenştein Ernest, actual medic pov. al Circ. Palşa, jud. Hunedoara, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Bichis, jud. Târnava Mică.

D. dr. Georgescu Octavian, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Brănic, jud. Dolj.

D. dr. Dăncilă I. Ştefan, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Sohodol, jud. Alba.

D. dr. Almăşan S. Nicolae, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Roşiile, jud. Vâlcea.

D. dr. Plămădeală I. Boris, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Pungeşti, jud. Vaslui.

D. dr. Panu Corneliu, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Tătăruşi, jud. Baia.

D. dr. Cojan Alexandru, se numeşte stagiar în postul de medic al circ Zpodeni din jud. Vaslui.

D-ra dr. Teodoriu Eugenia, actual medic provizoriu al circ. Burueni, jud. Hunedoara, se numeşte stagiar în acelaş post.

D. dr. Singer Capil, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Stănileşti, jud. Fălciu.

D. dr. Nemeşiu Niculae, actual medic secundar la spitalul «I. C. Brătianu» din Dej, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Săcel, judeţul Maramureş.

D. dr. Popa Vladimir, actual medic provizoriu al circ Glingeni, jud. Bălţi, se numeşte stagiar îen postul de medic al circ. Tomai, jud. Tighina.

D. dr. Teperberg Claus, se numeşte stagiar îen postul de medic al circ. Ceanul Mare, jud. Turda.

D-ra dr. Florescu Zamfira, actual medic provizoriu al circ. I. G. Duca, jud. Vlaşca, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Vităneşti, jud. Teleorman.

D. dr. Vesel Paul, actual medic provizoriu al circ. Bichiş jud. Târnava Mică, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Cozieni din jud. Buzău.

D. dr. Marinescu Ilie, se numeşte stagiar în postul de medic al Circ. Cozieni, jud. Buzău.

D. dr. Cighi Ioan, actual medic provizoriu la circ. Deleni, jud. Olt, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Bistra, jud. Turda.

D. dr. Ludu Sextil, actual medic secundar la spitalul din Huedin, jud. Cluj, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Olpreţ, jud. Someş.

D. dr. Maftei Vasile, actual medic provizoriu al circ. Măcăreşti, jud. Lăpuşna, se numeşte stagiar în acelaşi post.

D. dr. Barnă Iosif, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Camăr, jud. Sălaj.

D-ra dr. Lazea Ileana, actual medic provizoriu al circ. Vultureni, jud. Tecuci, se numeşte stagiară în acelaş post.

D. dr. Vraşti Anton se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Scorţeni, jud. Bacău.

D. dr. Vucu Liviu Ioan, actual medic provizoriu al circ. Cornereva, jud. Severin, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Prigor, jud. Caraş.

D. dr. Iuhum Ioan, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Căpuşul de Câmpie, jud. Mureş.

D. dr. Ivasciuc Vladimir, actual medic provizoriu al circ. Vorniceni, jud. Dorohoiu, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Tureatca, judeţul Dorohoiu.

D-na dr. Bondoc Ionescu Slava, se numeşte stagiară în postul de medic al circ. Stroeşti, jud. Argeş.

D-ra dr. Giurumescu Dora, se numeşte stagiară în postul de medic al circ. Homorodul de Mijloc, judeţul Satu Mare.

D. dr. Ionescu P. Dumitru, se numeşte stagiar în postul de meic al circ Teiu, jud. Argeş.

D. dr. Stratulat Valeriu, actual medic secundar la spitalul din Cetatea Albă, se numeşte stagiar în postul de medic la circ. Chircăeşti jud. Tighina.

D. dr. Weber Vasile, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Vâlcăul de Jos, jud. Sălaj.

D. dr. Quiter Feliciu se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Bărbăteşti, jud. Gorj.

D. dr. Fruchter Nicolae, actual medic secundar la spitalul din Sighetul Marmaţiei, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Botiza din judeţul Maramureş.

D. dr. Brenner Edgard, actual medic provizoriu al circ. Goteşti, jud. Cahul, se numeşte stagiar în acelaş post.

D. dr. Coffman Şmil, actual medic provizoriu al circ. Babin, jud. Hotin, se numeşte stagiar în acelaş post.

D. dr. Dura Octavian, actual emdic provizoriu al circ. Caravenet, jud. Teleorman, se numeşte stagiar în acelaş post.

D. dr. Sedan Emil, actual medic provizoriu al circ. Govâşdia, jud. Hunedoara, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Demsuş, judeţul Hunedoara.

D. dr. Jebeleanu Ilie, actual medic provizoriu al circ. Valea Mare, judeţul Olt, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Grojdibod, judeţul Romanaţi.

D. dr. Coşulschi Victor, actual medic provizoriu al circ. Gura Galbenă, jud. Tighina, se numeşte stagiar în acelaş post.

D. dr. Dălăgeanu Ilie, se numeşte stagiar în postul de emdic al Circ. Tamaş din jud. Bacău.

D. dr. Brener Filip, se numeşte sta-

Mişcare în corpul medical

Prin decret regal s'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:

D. dr. Nicolae Ignătescu, administrator la Casa Sănătăţii, se transferă în interesul serviciului, definitiv, ca director cl. I. (medic) la Direcţia Bunurilor.

D. dr. Prodan Ioan, medic igienist definitiv al plăşii sanitare model din Gilău, jud. Cluj, se numeşte definitiv, în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. R.-Sărat.

D. dr. Ghitea Iosef, medic igienist definitiv de plasă la jud. Făgăraş, se numeşte definitiv, în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Roman.

D. dr. Roşca Rudolf, medic definitiv al oraşului Vijniţa, se numeşte definitiv, în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasifică-

rii, în postul de medic primar al județului Rădăuți.

D. dr. Iordăchescu Virgil, medic definitiv al circ. Zgărdești, jud. Bălți, se numește definitiv, în baza concursului depus și a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Botoșani.

D-na dr. Bălteanu Ecaterina, medic cu concurs în specialitate, se numește definitiv, în postul de medic-șef de laborator la Institutul de Igienă și Sănătate publică din Iași.

D. dr. Fancioti Romulus, medic definitiv pentru boli genito-urinare la Casa Asigurărilor Sociale din Brăila, cu concurs dat la Ministerul Sănătății, se transferă definitiv în postul de medic primar al secției de boli genito-urinare dela spitalul din Brăila.

D-ra dr. Picioroga Olga, medic primar definitiv al secției de boli interne dela spitalul din Bazargic, se transferă definitiv, în post de medic primar al secției de boli interne dela spitalul din Câmpulung-Bucovina.

D. dr. Albu Emil, medic definitiv al circ. Melinești, jud. Dolj, se numește definitiv, șef de serviciu cl. II (medic), la Direcția Igienei Sociale.

Se revine asupra transferării d-lui dr. C. Ranetti, ca medic primar al Sanatoriului Alejd, d-sa urmând a rămâne mai departe medic primar al Sanatoriului Erbiceni, jud. Iași.

D-ra dr. Vera Sevastos, fost medic sanitar stagiar la dispensarul de control al femeilor dela Serviciul Sanitar al Municipiului București, se reprimește în serviciu, în aceeași calitate.

D. dr. Ioan Gheorghe, medic definitiv al spitalului cu circ. Pașcani, jud. Baia, se transferă definitiv, în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Iași.

D. dr. Iavorschi Boris, medic definitiv al circ. Slobozia, jud. Bălți, se transferă definitiv în postul de medic al orașului Călărași.

D. dr. Victor Enescu, medic definitiv al circ. Bălțești, jud. Prahova, se transferă definitiv în postul de medic al orașului Călărași.

D. dr. Pașov Ștefan, medic definitiv la circ. rurală Focșani, se transferă în postul de medic de circ. urbană la orașul Roman.

D-na dr. Glivici Zoe, medic definitiv al circ. Almașul Mare, jud. Alba, se transferă definitiv, în postul de medic al circ. Mirăslău, jud. Alba.

D. dr. Apostol Stelian, medic, definitiv al spitalului din Zimnicea, se transferă definitiv în postul de medic al spitalului din Periș, jud. Ilfov.

D. dr. Băltoiu Traian, medic stagiar al circ. Ungureni, jud. Tecuci, se transferă în aceiași calitate în postul de medic al circ. Șilindia, jud. Arad.

D-na dr. Mârtu Ludmila, medic definitiv al circ. Miroslăvești, jud. Baia, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Liteni, același județ.

D. dr. Kovacs Arnold, medic definitiv al circ. Lăzăreni, jud. Bihor, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Gurbediu, din același județ.

D. dr. Cotuțiu Iulian, medic stagiar al circ. Ieud, jud. Maramureș, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Sâniob, jud. Bihor.

D. dr. Altman Nicolae, medic stagiar al circ. Drăgești, jud. Bihor, se transferă în aceiași calitate, în postul de medic al circ. Brebul, jud. Caraș.

D-ra dr. Vulcan Maria, medic al circ. Grindaș, jud. Ialomița, se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Jilavele, jud. Ialomița.

D. dr. Manoliu H., medic definitiv al circ. Moșnița Nouă, jud. Timiș, se transferă definitiv în postul de emdic al circ. Vidra, jud. Ilfov.

D-na dr. Nijibițchi Poleanschi Olga, medic definitiv al circ. Geamăna, jud. Tighina, se transferă definitiv la circ. Bărdar, jud. Lăpușna.

D. dr. Coifman David, medic definitiv al circ. Lipnița, jud. Durostor, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Volcinet, jud. Lăpușna.

D. dr. Lupu Petrache, medic stagiar al circ. Oprișor, jud. Mehedinți se transferă în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Bistrița, același jud.

D. dr. Lăzărescu Sergiu, medic definitiv al circ. Cerașu, jud. Prahova, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Dragoslavele jd. Muscel.

D. dr. Timiș Aurel, medic stagiar al circ. Lunca Bradului, jud. Mureș, se transferă în aceeaș calitate, în postul de medic al circ. Iad. jud. Năsăud.

D. dr. Spanier Efim, medic definitiv al circ. Răspopeni, jud. Orhei, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Dragomirești, jud. Dâmbovița. se transferă definitiv al circ. Poiana-Câmpina, jud. Prahova.

D-ra dr. Maria Cimbrescu, medic stagiar al circ. Movileni, jud. Tecuci, se transferă în aceeași calitate în postul de medic al circ. Faraoane, județul R.-Sărat.

D. dr. Constantinescu Constantin, medic definitiv al circumscripției Leu jud. Romanați, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Dioști, același județ.

D. dr. Rămureanu Aurel, medic definitiv al circ. Ciișia, jud. Cetatea Albă, se transferă definitiv în postul de emdic al circ. Strunga, jud. Roman.

D. dr. Grigorescu Radu, fost medic stagiar de circ. cu examen, se reprimește în serviciu, în aceeași calitate, în postul de medic al circ. Maieriște, jud. Sălaj.

D. dr. Dobrin Romulus, medic definitiv al circ. Cârpa, jud. Severin, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Caransebeșul Nou, jud. Severin.

D. dr. Grunberg Avram, medic definitiv al circ. Drăgănești, jud. Teleorman, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Peretu, din același județ.

D. dr. Vasilescu Mihai, actual medic stagiar al circ. Siliștea, jud. Vlașca, se confirmă definitiv împlinind stagiul cerut de lege și se transferă în interes de serviciu la circ. I. G.. Duca, din acelaș județ.

D-na dr. Vornicescu Sciopu Mina, actual medic definitiv al circ. Rojiștea jud. Dolj, se numește pe timp de 4 ani în postul de medic secundar la spitalul de boli contagioase din Craiova, în baza concursului de medic secundar, depus în Noembrie 1937.

*

Medicii stagiari mai jos menționați, cari au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Stoica Gh.., la spitalul din Buziaș.

D. dr. Samborschi Constantin la circ. Văscăuți, jud. Hotin.

D. dr. Șerbu Nicolae la circ. Vânători, jud. Târnava Mare.

D. dr. Gh. Popescu-Ulmu, la circ. Mânăstirea din jud. Ilfov.

Următorii medici ai Casei Centrale și Asigurărilor Sociale se confirmă definitivi în posturile ce ocupă și anume:

D-ra dr. Maria Cristea ca medic consultant la serviciul de ginecologie și obstetrică al dispensarului Mihail Ghica din București, având și concursul în specialitate dat la Ministerul Sănătății.

D. dr. Titu Cureleanu ca medic chirurg (consultant) la dispensarul No. 6 al Casei Asigurărilor Sociale București, având și concurs în specialitate.

D. dr. Lazăr Schineanu ca medic consultant de boli interne la Dispensarul No. 2 al Casei Asigurărilor Sociale din București.

D. dr. Țovaru Simion ca medic primar în specialitatea de chirurgie la dispensarul No. 3 «A. V. Gâdei», al Casei Centrale din București.

BIBLIOGRAFII

Schwangerschaftsunterbrechung aus urologischer Indication. (Intreruperea sarcinei din indicații urologice). von Prof. Dr. B. Ottow. Un volum de 27 pag. *Georg Thieme Werlag.* Leipzig, 1939. RM. 1,90. (cartonat. Reprezentanța pentru România, librăria medicală, *H. Welter, Sibiu.*

In colecția de monografii urologice, de sub conducerea prof. dr. *H. Boeminghaus,* autorul publică o broșură care constitue nu numai o expunere complectă a indicațiilor urologice de întrerupere a sarcinei, ci și o trevizuire critică din cele mai oportune.

Siropul de Splenarmone Vitaminat

Energic reconstituant general şi antianemic de prim ordin

având hormoni hepato-splenici, extract de mucoasă gastrică şi supra-ranale, acizi aminaţi, excitanţi ai sucurilor digestive şi vitamina B.

Adulţi: 6—8 linguriţe pe zi. **Copii: 2—4 linguriţe pe zi**

VITADONE

Vitamina A. şi D. titrate fiziologic

Concentraţie nouă:

Soluţie uleioasă per os (50.000 u. i. de Vitamina A. şi 10.000 u. i. de Vitamina D. de cc.)
10 până la 20 picături pe zi (în loc de 20 până la 60).
Soluţie injectabilă **20.000 u. i. de Vitamina A.** şi **20.000 u. i. de Vitamina D.** de fiecare fiolă a 2 cc.

INDICAŢIUNI:

IN TUBERCULOZA

Îşi măreşte acţiunea prin:
ameliorarea stării generale; amendarea semnelor clinice, radiologice şi bacilare; scoborârea curbei de seroflocuiaţie a lui Vernes; mărirea procentului de cholesterolemie; ameliorarea formulei sanguine şi în toate **indicaţiunile unturei de peşte,** pe care o înlocueşte integral.

Les Etablissements BYLA, 26 av. de l'Observatoire, PARIS
Reprezentant General pentru România:
GEORGES VERGLAS, Str. Precupeţii Vechi, No. 1. — BUCUREŞTI III

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

NOTIŢE TERAPEUTICE

TRATAMENTUL CU MUCINA IN AFECŢIUNILE GASTRICE*)

de Dr. D. BRĂNIŞTEANU Asistent şi Dr. S. LAURIAN Voluntar

Eşecurile pe cari le observăm deseori în tratamentul afecţiunilor gastrice cu medicamentele obişnuite (alcaline, preparate de belladonna, fermenţi) se explică prin marea varietate dela caz la caz a simptomelor subiective şi obiective, precum şi prin terenul neuro-vegetativ diferit la fiecare individ.

Este uşor de înţeles, că o gastrită hipo-acidă tratată de către bolnav însuşi cu bicarbonat, nu este ameliorată cu acest medicament, după cum un ulcer cu hiper-aciditate nu poate beneficia de tratamentul cu acidol-pepsină. Tratamentul cu preparate de belladonna produce la unii bolnavi fenomene de intoxicare înainte de a se produce efectul spasmolitic. Cunoscute sunt şi efectele rele ale unei medicaţii prea mult prelungite cu alcaline (gastrită de bicarbonat).

Tratamentul cu Mucină poate înlătura toate aceste greutăţi, graţie propietăţii sale amfotere care o face susceptibilă de a fi aplicată în toate afecţiunile gastrice, fie ele întovărăşite de hipo, hiper, sau anaciditate.

In lucrarea de faţă se relatează rezultatele favorabile obţinute cu **Mucina Nordmark** în diferite afecţiuni gastrice, precum şi câteva cercetări asupra acţiunii Mucinei asupra secreţiei gastrice.

In 30 cazuri s'a cercetat:

1. Acţiunea imediată a Mucinei asupra secreţiei gastrice;

2. Acţiunea asupra secreţiei gastrice după un tratament mai îndelungat cu Mucină;

3. Rezultatele ce se pot obţine cu acest preparat în diferite afecţiuni gastrice, anume gastrită şi ulcer.

a) In 11 cazuri s'a cercetat secreţia gastrică prin metoda tubajului fracţionat după prânzul Ehrmann cu alcool şi după prânzul cu Mucină; prânzul cu Mucină fiind administrat 2 zile după acela cu alcool.

b) In 3 cazuri s'a controlat secreţia gastrică înainte şi după tratamentul cu Mucină (în 1 caz după 20 zile tratament, în 2 cazuri după tratament de 10 zile).

c) In 16 cazuri cu diferite afecţiuni gastrice s'a făcut un tratament de 8—15 zile cu Mucină, concomitent cu un regim după Sippy. S'au observat rezultate clinice.

Examenul secreţiei gastrice a fost făcut în modul următor:

Se introduce bolnavului pe stomacul gol o sondă Einhorn cu care s'a evacuat secreţia a jeun, notându-se cantitatea de suc gastric extrasă. S'a introdus apoi prin sondă prânzul Ehrmann cu alcool. După ½ oră s'au extras din 15 în 15 minute câte 10 cc. lichid până la golirea complectă a stomacului.

In acelaş mod s'a procedat după 2 zile, cu Mucină însă. Şi acest prânz a fost lăsat ½ oră în stomac, scoţându-se apoi câte 10 cc. la fiecare 15 minute până la golirea stomacului.

S'a determinat cantitatea de acid chlorhidric şi cantitatea totală (A. T.) a tuturor porţiunilor.

Tabele comparative asupra secreţiei gastrice după prânzul Ehrmann şi Mucină:

C. L. 20 ani. — Gastrită cronică.

Prânz Ehrmann

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m.
Cantitate în cc.	45	10	10	15
HCl (în cc.NaOH)	30	16	32	46
A. T.	47	23	42	58

Prânz cu Mucină

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m.
Cantitate în cc.	35	10	10	75
HCl (în cc.NaOH)	50	—	2	23
A. T.	63	23	16	43

M. L. 41 ani. — Gastrită cronică hipoacidă.

Prânz Ehrmann

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m.
Cantitate în cc.	8	10	10	50
HCl (în cc.NaOH)	—	—	4	21
A. T.	4	8	16	28

Prânz cu Mucină

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m.
Cantitate în cc.	5	10	10	9
HCl (în cc. NaOH)	-	10	10	29
A. T.	—	15	25	40

Din cercetările acidităţii în 11 cazuri rees următoarele:

1. In 5 cazuri de *gastrită cronică hipoacidă* s'au găsit în sucul gastric după prânzul cu Mucină valori acide mai mari decât acelea găsite după prânzul Ehrmann.

2. Valorile găsite nu întreceau însă valorile acide normale găsite prin sondaje fracţionate. Aciditatea sucului gastric în cazurile de gastrită hipoacidă după prânzul cu Mucină se apropie de normală.

3. In alte 4 cazuri de *gastrită cronică hiperacidă secreţia* gastrică după prânzul cu Mucină a dat valori acide mai mici de cât după prânzul Ehrmann, apropiindu-se deasemenea de normală. In 4 cazuri de gastrită hiperacidă secreţia gastrică a devenit normală după prânzul cu Mucină.

4. In 1 caz de ulcer gastric, precum şi într'un caz de gastrită valorile acidităţii nu s'au schimbat după cele 2 prânzuri.

Din rezultatele obţinute reese că Mucina, graţie caracterului său amfoter normalizează aciditatea gastrică în majoritatea cazurilor.

Intr'un caz de hiperariditate, tratamentul de 10 zile cu Mucină a scăzut valorile acide:

A. D. 14 ani. — Gastrită cronică hipoacidă

Prânz Ehrmann înainte de tratament cu Mucină.

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m.
Cantitatea în cc.	35	10	10	20
HCl (în cc. NaOH)	46	90	90	100
A. T.	66	100	102	110

Prânz Ehrmann, 10 zile după tratamentul cu Mucină.

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m
Cantitate în cc.	8	10	10	12
HCl	—	21	40	42
A. T.	6	31	61	66

In 2 cazuri de *hipoaciditate* au crescut valorile acidităţii până la normală după un tratament de 10—20 zile cu Mucină.

Fr. Gh. 32 ani.—Ulcer Gastric cu hipoaciditate

Prânz Ehrman înainte de tratament cu Mucină

	a jeun	30 m.	45 m.	60 m.
Cantitate în cc.	12	10	10	5
HCl	—	—	—	—
A. T.	4	3	4	4

Prânz Ehrmann 20 zile după tratament cu Mucină

	a jeun	30 m,	45 m.	60 m.
Cantitatea în cc.	7	10	10	12
HCl	—	15	16	18
A. T.	21	25	29	30

In ce priveşte tratamentul afecţiunilor gastrice, s'a administrat Mucină în 7 cazuri de gastrită cronică şi 9 cazuri de ulcer gastro-duodenal.

Simptomele gastrice, ca arsuri, regurgitaţii şi dureri s'au ameliorat mult după 8—20 zile.

In 2 cazuri s'a constatat radioscopic, după tratament, micşorarea nişei pe mica curbură.

In general s'au ameliorat toate simptomele clinice.

Doza de Mucină administrată zilnic a fost de 50 gr. în 5 porţiuni de câte 10 gr.

Concluzii.

1. S'a administrat tratamentul cu Mucină în 30 cazuri cu diferite afecţiuni gastrice, din care 12 cazuri gastrite cronice cu hiperaciditate, 7 cazuri gastrită cronică cu hipoaciditate, 2 cazuri gastrită cronică cu anaciditate şi 9 cazuri cu ulcer gastro-duodenal.

2. S'a examinat acţiunea Mucinei asupra secreţiunei gastrice şi asupra fenomenelor patologice şi s'a constatat o acţiune imediată şi una târzie.

3. Mucina normalizează valorile acide, reducând-le în cazurile de hipo sau anaciditate.

4. In toate cazurile de gastrită cronică şi ulcer gastroduodenal s'a constatat o ameliorare a simptomelor patologice: dureri postprandiale, recurgitaţii, arsuri, vărsături, anorexie, etc.

*) Lucrare din clinica terapeutică a universităţii din Iaşi, Director Prof. Dr. *I. Enescu.*

Referat din «Archiv Für Verdauungskrankheiten» August 1926, Vol. 60 — No. 12

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală

prescrieţi deci:

Calcimusc

Soluţie sterilă de gluconat de calciu 10%, pentru injecţiuni intramusculare şi intravenoase.
Fiole de 5 şi 10 cc.

In pneumonii, bronchopneumonii şi alte boli infecţioase:
Excitantul sistemului cardio-vascular

Adigan

Soluţie — fiole pentru injecţiuni — tablete.
Un preparat de digitală, pur, precis titrat, eficace, inofensiv şi netoxic.

Medicaţia salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulţi şi copii

KALMOPYRIN

Tablete şi Pulbere

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA ATOXICĂ ŞI FĂRĂ ACCIDENTE, A STREPTOCOCIILOR, STAFILOCOCIILOR, MENINGOCOCIILOR ŞI COLIBACILURIILOR SIMPLE ŞI ASOCIATE

PREVENTIV ŞI CURATIV

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie — Gripă — Scarlatină Pneumonie — Broncho - Pneumonie — Pleuresie — Angine — Strepto - Difterie — Otite — Mastoidite — Meningite — Flegmoane — Dermatite — Pielonefrite — Cistite — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

COMPRIMATELE

sunt singure suficiente, aproape în toate cazurile.

Adulţi: 6—12 pe zi.
Copii: Jumătate doză.

FIOLE

de 5 cc. = 0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramusculară.

Adulţi: 2 — 3 pe zi
Copii: Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, se pot administra doze de 15—20 comprimate pe zi, fără nici un inconvenient.

COLLUBIAZOL

Soluţie hidro-glicerinată de Rubiazol 5 %

Colutoriu pe bază de Rubiazol, pentru tratamentul local al infecţiunilor streptococice ale mucoaselor

CÂTEVA INDICAŢIUNI:

ANGINE roşii, purulente, pseudo - membranoase
STREPTO-DIFTERII. INFECŢIUNI RINO-FARINGIENE. STOMATITE. GINGIVITE. CERVICITE. VAGINITE ULCERAŢIUNILE COLULUI UTERIN.

NICI O IRITAŢIE — ACŢIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

Modul de întrebuinţare:

Instilaţiuni nasale: 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriţă la 1/2 pahar cu apă.
Pensulaţiuni: ale faringelui, amigdalelor şi gingiilor.
Spălături vaginale: 1 lingură la 1 litru de apă.
Badijonări ginecologice.

Laboratoires du Dr. ROUSSEL-PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 4 — 10 Lei Exemplarul — 15 Februarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

	Pagina
ARTICOLE ŞTIINŢIFICE	
Prof. Dr. M. CIUCĂ şi Prof. Dr. C. IONESCU-MIHĂEŞTI: *Starea actuală a vaccinaţiunii contra tifusului exantematic*	37
Dr. D. PRIBOIANU: *Constatări cu ocazia unei anchete medicale*	41
Dr. ALEXANDRU P. SREBREANSKI: *Formele joase ale nevraxitei epidemice*	43
PROBLEME DE ORGANIZARE	
Prof. Dr. P. TOMESCU: *Invăţământul medical de specializare*	46
REVISTA CĂRŢILOR	
Profesor Dr. I. Iacobovici, Tratat de Chirurgie: Semiotică, Clinică, Terapeutică. Vol. IV: Stomacul — scris în colaborare cu Dr. M. N. Constantinescu, Dr. C. Ionescu, şi Dr. Ştefan Jianu	44
NOTE ŞI INFORMAŢIUNI	
Concurs de Medici primari la Ministerul Sănătăţei; Reapariţia «Buletinului Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale»; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei	47
Mişcare în corpul medical din serviciile Ministerului Sănătăţii; Activitatea pe anul 1939 a institutului Medico-Legal «Prof. Dr. Mina Minovici»	48

In tratamentul leucoreei vaginale

Devegan

BAYER

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Stimulează funcţiunea slăbită a mucoasei vaginale
Restabileşte condiţiunile biologice normale, stimulând şi înmulţind bacilii lactici.

AMBALAJE ORIGINALE:
Cutii cu 15 şi 30 comprimate.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel: 37-22.

VITAPLEX

Vitamine „CHINOIN"

NUMELE PREPARATULUI	SUBSTANȚA ACTIVĂ	INDICAȚIUNI	IN COMERȚ:
Vitaplex A.	**Vitamina A.**	**Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei.** **1 cmc=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A.** **1 drag.=4000 U. I.** **1 cmc.=10 drag.**	*Sol. oleoasă:* flacoane cu 5 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.
„ A+D_2	„ A+D_2	**Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie etc.** **1 cmc=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15000 Vit. D_2.**	*Soluţie oleoasă:* flac. cu 5 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.
„ B_1	„ B_1 0.002 g. 0.010 g.	**Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon.** **1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist.** **1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).**	*Tablete:* tuburi cu 20 buc. *Injecţii:* cutii cu 3 amp. × 0,002 g. cutii cu 3 amp. × 0,010 g.
„ C	„ C 5% şi 10%	**Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc.** **1 tabl.=0.10 g.** **1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.**	*Tablete:* tuburi cu 10 buc. *Injecţii:* cutii cu 5% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc. « « 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D_2 **(Devitol)**	„ D_2	**Reglementarea metabolismului calciului.** **Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc.** **1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamină D_2 cristalizată.**	In comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie.* flac. cu 10 cmc.
„ E	„ E	**Asigurarea procreaţiei.** **1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.**	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

Tratamentul ideal al tuturor formelor de insuficienţă ovariană şi al menopauzei prin

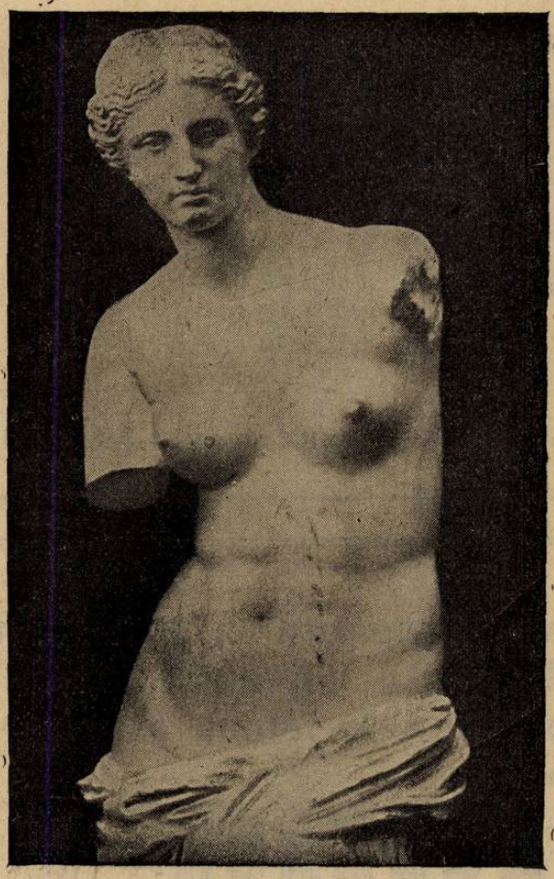
GONADIN

Hormonul de maturaţie al hypofizei anterioare, riguros titrat în unităţi şobolani (U. R.)

Activează funcţiunea ovariană.

Cutii cu 5 fiole a 100 U. R. şi 5 fiole disolvant
„ „ 5 „ 250 U. R. şi 5 „ „
„ „ 3 „ 500 U. R. şi 3 „ „
„ „ 5 „ 500 U. R. şi 5 „ „

Pentru injecţiuni intramusculare.



GYNOFOLIN

Hormon folicular ovarian produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate, maladii ale boalelor de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo vaginita gonoreică la copii.**

Pentru injecţiuni intramusculare: fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000 şi 50.000 U. S.
Comprimate: un tub = 15/1000 U. S.

Flacoane: — **Gynofolin intern**: pentru copii debili, născuţi înainte de termen; — **Gynofolin extern**: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru inj. intramusculare.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern.

SEDOFOLIN

Lactat de calciu, Gynofolin, Natrium Bromatum.

Turburări ale menopauzei, insuficienţe ovariene, cu fenomene neuro vegetative accentuate.

Flacoane cu 50 de comprimate a 0,50 gr., pentru uz intern.

ANDROSAN

Hormon sexual masculin. Preparat pur biologic. Titrat riguros în unităţi creastă de găină (U.C.G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune. **In Gynecologie: hyperfoliculinemie,** mastită menstruală, mastopatia cronică.

Cutii cu 4 fiole, soluţiuni uleioase pentru injecţiuni intramuscular. 1 fiolă = 200 U.C.G.

HORMOLYSIN

Femenin sau masculin.

Conţine hormonii glandelor: thyroidă, thymus, testicul sau ovar.

Obezitate, mixoedem, insuficienţă thyroidiană, exemă, urticaria, prurit, sclerodermii, **syndromul adipozo-genital.**

Cutii cu 5 fiole pentru inj. intramusculare Flacoane cu 35 comprimate pentru uzul intern.

Preparatele sunt controlate biologic de Laboratoarele de Cercetări şi analize Bio-Hormonale din Bucureşti Str. I. G. Duca 19, Tel. 2 80.33

Reprezentanţa generală şi exclusivă pentru România

„CENTRAL"

Bucureşti Calea Victoriei 18, Tel. 4.05.21

CALCIFIX „GAMMA“

GRANULE

Solubile

Gust agreabil

FIOLE

Injectabile

Intramuscular. Intravenos

REMINERALIZANT
RECONSTITUANT
FORTIFIANT

Gluconat de Calciu } 10%
Levulinat de Calciu }

Clorh. de CHOLINĂ 5‰

Prezentare
10 fiole à 5 cmc.
25 „ à 5 cmc.
5 „ à 10 cmc.
25 „ à 10 cmc.

Repr. generală pentru România: „S. I. F.“ s. a. r. Bucureşti IV, str. Avram Iancu, 32 Tel. 5.51.51

Un adjuvant important în tratamentul
complicaţiilor blenoragice
la bărbat şi la femee este

Gono-Yatren

Vaccin antigonococic într'o sol. de 3% Yatren.
Injecţiuni intravenoase şi intramusculare.

AMBALAJE ORIGINALE:
Cutie cu 6 fiole de 2½ cmc. / Flacon cu 25 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA“ S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-92-86, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18 Tel. 37-22.

Anul XVIII. No. 4 — 10 Lei Exemplarul — 15 Februarie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Starea actuală a vaccinaţiunii contra tifusului exantematic

de M. CIUCĂ şi C. IONESCU-MIHĂEŞTI

Tifusul exantematic istoric (European), a cărui stare de endemicitate în Basarabia n'a încetat un singur moment să preocupe autorităţile noastre sanitare, încă dela ultimul război, este clasificat în grupul *Rickettsioselor*, afecţiuni datorite unor microorganisme polimorfe, asemănătoare bacteriilor din punct de vedere morfologic. *Rickettsia*, agentul etiologic al acestei infecţiuni (neclasificat încă în mod definitiv), se găseşte în organismul anumitor artropode (păduchi, pureci, căpuşe, acarieni) infectate pe cale naturală sau experimentală de la bolnavii atinşi de aceste infecţiuni. *Rickett* a văzut pentru prima oară în 1909 acest *microorganism* în organismul bolnavilor atinşi de «febra Munţilor Stâncoşi» şi în căpuşele vectoare a acestei infecţiuni. Microorganisme similare s'au mai găsit în urmă în febrele exantematice transmise: 1) prin păduche — *tifusul exantematic istoric;* 2) în purecele şobolanilor şi organismul bolnavilor de *tifus exantematic (tifus tropical murin);* 3) în febrele exantematice de tipul «Tsu-Tsu-Gamushi», febra fluvială japoneză, infecţiune transmisă prin acarieni, etc.

Parazit al celulei vii (endotelii), Rickettsia nu se desvoltă pe mediile obişnuite; în organism se înmulţeşte intracelular; se desvoltă în culturi de ţesuturi şi în embrionul de găină.

Clasificare.

Otto şi Wohlrab împart febrele exantematice în 4 grupe:

1) *Tifusul epidemic (istoric)*, transmis prin păduche, se întâlneşte în Europa Orientală şi meridională şi basinul mediteranean.

Boala lui Brill, în Statele-Unite, este transmisă deasemenea prin păduche şi, după unii autori, şi prin purece(?).

2) *Tifusul endemic (tropical)*, de origină murină, se întâlneşte în Mexic, ţările mediteraneene, Africa de Nord, Australia ,Malaya, India, etc. Boala se transmite prin purecii şobolanilor, care constitue rezervorul important de virus.

3) Febrele exantematice transmise prin *căpuşe: Febra Munţilor Stâncoşi, febra butonoasă, Tifusul din San Paolo, febra exantematică a căpuşelor din Africa de Sud; febra de căpuşe din India*, etc. Rezervoarele de virus: câine, rozătoare sălbatece şi domestice.

4) Febrele exantematice de tip «*Tsutsugamushi*» se găsesc în Japonia, Sumatra şi Malaya, Australia, Rusia, etc. etc., sunt transmise prin acarieni; rozătoarele sălbatece şi domestice constitue rezervoarele de virus.

Tabloul următor rezumă particularităţile mai importante privitoare la agentul etiologic, rezervorul de virus, insecta vectoare, aspectele boalei experimentale, raporturile serologice cu Proteul X şi variantele lui.

Tablou rezumativ al caracterelor febrelor exantematice *(Rickettsiozele)*

BOALA	Agentul patogen	Rezervor de virus	Vector	Boala aparentă la cobai	Boala inaparentă la cobai	Reacţia Weil-Felix
1. *Tifusul exantematic istorie* (epidemic)	Rickettsia Prowazeki (da Rocha Lima 1916).	omul	*păduchele*	+	+	OX_{19} constantă OX_2 mai rar OXK negativă
Boala lui Brill	Rickettsia Prowazeki.	omul	*păduchele*	+	+	OX_{19} constantă OX_2 mai rar OXK negativă
2. *Febra de tranşee* (Febra de Wolhinia, febra de 5 zile)	Rickettsia quintana (Rickettsia pedieuli) (Töpfer 1916)	omul	*păduchele*			
3. *Tifusul exantematic murin (endemic).* Tabardillo (Mexic). T. exantematic Manciuria. T. exantematic Australia. Insulele Malaeze („Shop"). Toulon, India, etc.	Rickettsis mooseri (Monteiro 1931).	şobolan	*purecele*	+ vaginalita	+	OX_{19} constantă OX_2 mai rar OXK ? sau negativă
4. *Febra butonoasă* (Febra exantematică de Marsilia).	Rickettsia conori (Brumpt 1932).	Câine, rozătoare sălbatece şi domestice.	Căpuşa câinelui *Rhipicephalus sanguineus*	+ vaginalita	+	OX_{19} OX_2 apariţie târzie OXK îndoelnică
— Febra de căpuşe din Kenia.	idem	şobolan	căpuşe	id.	id.	id.
— Febra de căpuşe Sud-Africană (Tickbite-fever).	idem	rozătoare sălbatece	idem	id.	id.	id.
Febra de căpuşe Indiană.	?	?	?	id.	id.	id.
5. *Febra Munţilor Stâncoşi* din America.	Rickettsia Rickettsi (Wolbach 1919).	rozătoare	*căpuşa: Dermacentor Andersoni*	+ vaginalita	+ / + —	X_{19}, X_2, XK inconstantă
— *Tifusul de la San Paulo.*	Rickettsia brasiliensis. (Monteiro 1931)	rozătoare	căpuşa: *Amblyoma cajennense*	+rar vaginalită.	— ?	OX_{19} constantă; OX_2, OXK: reacţie slabă şi mai puţin frecventă
6. *Febra fluvială din Japonia şi Sumatra* (Tsutsugamushi).	Ricketssis orientalis (Nagayo, 1930)	rozătoare sălbatece şoarece de câmp, păsări (?)	*Acarian.* Trombicula akamushi	—	+	*OXK pozitivă* OX_{19} şi OX_2 negative.
— Febra de acarieni din Insulele Malaeze (Pseudotifus din Delhi).	idem	şobolan	Acarieni			Idem
— Tipul „Scrub"	?	?	idem			"
— Tifusul de acarieni indian.	?	?	idem			"
— Febra de acarieni australiană.	?	?	idem			"
— „Scharabeule" (Rusia).	?	?	?			?

Am grupat febrele exantematice, ţinând seama mai ales de agentul vector: păduche, purece, căpuşe, acarieni.

In ţara noastră, care face parte din complexul epidemiologic al Europei orientale şi meridionale, se întâlnesc dintre febrele exantematice în mod constant: *tifusul epidemic istoric* şi incidental *febra butonoasă* (Combiescu şi colaboratori).

Justificăm prezentarea câtorva noţiuni asupra tifusului endemic de origină murină prin faptul înrudirii antigenice a acestei afecţiuni cu tifusul epidemic, deşi existenţa acestui virus n'a fost încă dovedită în mod nediscutabil în ţara noastră.

Virusul tifusului epidemic (istoric) este transmis prin înţepătura sau fecalele păduchelui de corp (uneori şi prin păduchele de cap); leziunile de scărpinare constitue o poartă de intrare favorabilă a virusului în organism. Acest virus se găseşte în circulaţia bolnavului de tifus exantematic în tot cursul boalei şi în primele zile ale convalescenţei; dă boala experimentală la cobai (inoculare de sânge virulent), infecţiune urmată de imunitate.

După incubaţie în general de 13 — 14 zile (limita 6 — 20 zile) bolnavul face o infecţie septicemică şi cu caracter toxic. Debut brusc: fior, febră, cefalalgie intensă, facies vultuos; congestie conjunctivală şi a globilor oculari, fără lăcrămare şi fără catarh nazal (semn precoce). A doua zi aspect de intoxicaţie profundă. Intre a 4-a şi a 7-a zi apariţia (bruscă) a unei erupţii care respectă faţa şi gâtul: pete izolate, roşii, confluiază câte 2 — 3, iau o culoare roşie vânătă sau aspect petesial. Prostraţie, delir, colaps. In a 14 zi — 15 zi defervescenţă cu dispariţia torpoarei. Debilitate, astenie de lungă durată. Imunitate totală şi permanentă.

Forma *fulgerătoare* (în epidemiile grave) începe cu fenomene nervoase şi durează câteva zile.

Forma *uşoară:* simptome atenuate, chiar fără erupţie, diagnosticul dat de noţiunea de epidemicitate şi reacţia Weil-Felix.

Există şi o formă *inaparentă:* virusul este prezent în sângele circulant, la indivizi în stare aparentă de sănătate, cu reacţia Weil Felix pozitivă.

Gravitatea boalei în raport direct cu vârsta bolnavului.

*

Tifusul endemic de origină murină, prezentând în general în regiunile endemice o formă clinică mai benignă, se transmite în mod constant prin purecii şobolanului (rezervor important de virus); transmisiunea prin păduche a fost deasemenea semnalată. Febra cu caracter neregulat, tendinţă la complicaţii pulmonare şi uneori hemoragice. Debut brusc, semne de infecţie generală a 3-a — a 4-a zi de febră, erupţie în formă de pusee, începând pe trunchi, faţă, membre, palme, planta picioarelor, torace. Enantem buco-faringian şi conjunctival. Febra durează 10 zile. Defervescenţă bruscă sau în lisis. Astenie de lungă durată. Imunitate şi contra virusului murin şi contra virusului epidemic (istoric).

Forme *ambulatorii,* cu simptome atenuate.

Forme *grave,* rare, cu prostraţie, delir.

*

Febra butonoasă este caracterizată, în afară de simptomatologie similară cu cele două afecţiuni descrise mai sus, printr'o escară (şancru la locul de inoculare a virusului, transmis în ţara noastră prin căpuşa *câinelui* (Rhipicephalus sanguineus), care constitue probabil rezervorul important de virus, împreună cu rozătoarele sălbatece şi domestice. Inceput brusc, cu fior, febră, curbatură, insomnie, cefalee, artralgii şi mialgii, constipaţie, vărsături, escară brună-roşie la locul de inoculare («tache noire») cu adenopatie corespunzătoare. După 3 — 4 zile de febră, erupţie, invadând tot corpul, pe faţă şi pielea capului, pe palme, planta picioarelor. Elementele eruptive la început maculoase, apoi papuloase, renitente la palpaţie (butoni); uneori devin peteşiale. După 10 — 12 zile scăderea temperaturei în lisis — revenire la normal.

In general benignă, mai gravă la bătrâni. (D. Combiescu).

*

Diagnostic serologic.

Reacţiunea Weil-Felix, de un real folos în clinică, prezintă din punctul de vedere al profilaxiei un preţios mijloc de descoperire a convalescenţilor şi a cazurilor de boală inaparentă, mai frecvente decât se crede în regiunile cu endemicitate tifică şi cari în anumite circumstanţe ar putea constitui tot atâtea rezervoare de virus.

Fără a intra în detaliile acestei reacţiuni, reamintim că se practică cu tulpinele de Proteu OX_{19}, OX_2 şi OXK, izolate cele mai deseori din urina şi fecalele bolnavilor atinşi de Rickettsioze şi extrem de rar din sângele lor.

In tabloul următor dăm caracterele reacţiunii în tipurile de febre exantematice considerate mai sus. In acelaş tablou se poate vedea şi gradul de înrudire antigenică judecat după imunitatea încrucişeată.

TIP	Reacţia Weil-Felix				Tifus exant. al păduchelui	Tifus murin al purecelui	Febra butonoasă (căpuşe)
	Proteus			Data apariţiei aglutin.			
	OX_{19}	OX_2	OXK				
1. Tifus exantematic epidemic (păduche)	+++	−+ −	−	a 4-a zi	+	+	−
2. Tifus murin (pureci)	+++	+	−	de la a 9-a zi	++ −	+	−
3. Febra butonoasă	++	+	−+ −	convalesc.	−	−	+

Extras din „Rapport Epidemiologique dela Société des Nations, 15-e année, 1936 No. 7-9, p. 130".

Cercetări de control în ţară la noi, pe un număr de 80 convalescenţi cu Weil-Felix pozitiv OX_{19}, au arătat: că abia 17% dintre aceşti bolnavi prezintau şi o reacţie pozitivă cu OX_2; numai 5% din aceşti bolnavi prezentau o reacţie slabă cu OXK (M. Ciucă, L. Mesrobeanu, A. Badenski şi Gh. Munteanu).

Otto şi Wohlrab rezumă astfel raporturile serologice între febrele exantematice:

1. Serurile bolnavilor şi convalescenţilor de tifos exantematic epidemic şi endemic dau reacţia Weil-Felix puternică cu OX_{19}; evidentă cu OX_2; îndoelnică sau negativă cu OXK.

2. Serurile bolnavilor din grupul febrelor exantematice transmise prin căpuşe dau o reacţie mai mult sau mai puţin netă cu X_{19} şi alte tulpini ale Preotului X (afară de febra de Sao Paulo, care dă o reacţie puternică cu OX_{19}).

3. Serurile bolnavilor din grupul febrelor exantematice transmise prin acarieni dau o reacţie Weil-Felix complect negativă cu OX_{19}. şi OX2; reacţie puternică cu OXK.

* * *

Din 1921, data primei Conferinţe internaţionale de Epidemii, ţinută sub auspiciile Societăţii Naţiunilor, Tifosul exantematic n'a încetat de a fi una din preocupările de căpetenie ale Organizaţiunei de Igienă de la Geneva. Cu toate silinţele mai mult sau mai puţin sistematice, consimţite de ţările bântuite, pentru combaterea acestui flagel, tifusul exantematic a rămas endemic în Europa orientală, meridională şi Rusia europeană. In faţa ameninţării unei enventuale pandemii, Org. de Igienă a Soc. Naţiunilor a provocat în cursul lunii Februarie 1937 o consultaţie internaţională de epidemiologişti şi oameni de laborator cari s'au ocupat în special cu studiul acestei boale. Este destul a cita printre participanţi pe Georges Blanc, Laigret, Ed. Sergent, R. Weigl şi H. Zinsser, iniţiatorii metodelor de profilaxie specifică, pentru a preţui la justa lor valoare concluziuniie cari s'au desprins din discuţiunile cari au avut loc.

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

ANTIARTRITIC ANTIREUMATIC DIURETIC

ECZEMĂ
PRURIT

POMADA NÉOTHORIUM MILLOT
pe bază de
NEODYME și THORIUM
SPECIFICUL DERMATOZELOR

INTERTRIGO
ULCERE VARICOASE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

Pe lângă problemele de ordin epidemiologic: importanţa factorilor epidemiologici locali, repartiţia geografică a tifusului epidemic şi a variantelor înrudite — printre cari existenţa posibilă a tifusului de origină murină interesează în deosebi ţările sudeuropene, — problema rezervoriilor de virus, rezultatele studiilor asupra ectoparaziţilor vectori şi mai ales studiile imunologice în febrele exantematice — baza reală a unei profilaxii specifice — au reţinut în special atenţiunea Comisiunei de experţi, cu scopul bine definit de căutare a celor mai potrivite metode de vaccinare preventivă.

Imunitatea dobândită în urma infecţiunilor naturale cu Rickettsii şi raritatea reînbolnăvirilor la indivizi odată vindecaţi (12 cazuri de recidivă printre 600 foşti bolnavi, semnalate de Moroskin în 1929, în cursul a 7—12 ani după prima înbolnăvire) au condus pe cercetători să încerce primele metode de vaccinare specifică în contra tifusului exantematic.

Rezultatele obţinute în armata turcă (1916) de Hamdi şi mai târziu (1919) de Otto şi Rothacker, în Germania, cu sânge de bolnav inactivat, deşi nu dovedeau posibilitatea de a provoca o imunitate sigură, au arătat totuşi o scădere a mortalităţei printre vaccinaţi.

Incercările lui G. Blanc în Serbia (1915) cu vaccin omorît prin căldură (60°) n'au fost concludente.

Tot atât de puţin concludente sunt şi rezultatele publicate de alţi autori (Doerr şi Pick, Landsteiner şi Haussmann, Lebailly, etc.) cari au utilizat emulsiuni omorâte cu fenol sau formol, de creer de cobai infectat.

Aceste diferite încercări au condus la părerea că o imunitate în contra tifusului exantematic nu s'ar putea produce decât utilizând virus viu *(G. Blanc* (1916), *Ch. Nicolle* (1911, 1914—1915) *atenuat* (?) prin treceri pe maimuţă sau cobai sau prin adăugare de substanţă anti-septică. Câteva încercări preliminare făcute cu un asemenea *vaccin viu* au arătat că imunizarea este posibilă. Utilizând cantităţi foarte mici (1/5000 — 1/10.000 dintr'un creer de cobai inoculat), *Nicolle, Sparrow* şi *Conseil* (1927) au obţinut rezultate încurajatoare. Indivizii vaccinaţi, au suportat ulterior fără să se îmbolnăvească administrarea a 20 de doze virulente dintr'odată. Metoda însă este foarte laborioasă: cere un dozaj migălos, injecţiuni zilnice, în mai multe serii, şi răspândite în timp pentru a da vreme organismului să se imunizeze. Deşi posibilă în cazuri izolate, este inaplicabilă în mare ca metodă profilactică, prin eventualele înbolnăviri sau cazuri de maladie inaparentă şi crearea de noi focare. Apoi atenuarea virusului de tifus exantematic epidemic prin trecerea pe cobai este mai mult decât îndoioasă.

Cu toate acestea, încercările de vaccinaţiune cu virus omorît n'au fost părăsite. Una din cauzele ineficacităţii vaccinurilor omorîte preparate cu sânge uman sau organe de animale infectate, ar fi putut fi cantitatea relativ mică de virus — antigen activ care se găseşte în massa de material inoculat. Plecând de la această ipoteză, o întreagă serie de cercetători au elaborat metode al căror principiu rezidă în utilizarea de suspensiuni bogate de Rickettsii recoltate de la păduchi sau pureci infectaţi şi omorîte prin căldură sau adăogire de substanţe antiseptice.

Da Rocha Lima (1918), *Doerr* şi *Schnabel* (1919), *Breinl* (1924), *R. Weigl* (1921), *Dyer* (1932), etc. au preconizat întrebuinţarea *vaccinurilor omorîte*, preparate cu conţinutul intestinal bogat în Rickettsii de la păduchii sau purecii infectaţi cu virus murin (R. mooseri s. muricola; *Dyer*, 1932).

Studiul experimental aprofundat al tifusului murin, observaţiunile clinice făcute în timpul din urmă asupra acestei forme de tifus exantematic, şi mai ales rezultatele cercetărilor de ordin imunologic cu privire la eventuala înrudire antigenică dintre diversele Rickettsii au pus în evidenţă existenţa unei imunităţi încrucişate între virusul tifusului epidemic (R. prowazeki) şi cel al tifusului endemic (R. mooseri s. muricola).

Aceste constatări, precum şi părerea dominantă că virusul murin ar fi mult mai puţin patogen pentru om au dus la ideia de a utiliza un asemenea virus, viu, ca vaccin în contra ambelor tipuri de tifus exantematic, atât cel epidemic cât şi cel endemic de origină murină. Metodele elaborate şi aplicate în timpul din urmă la om de către *G. Blanc, Laigret*, etc., sunt bazate pe acest principiu.

Trebue să menţionăm însă de la început că discuţiunile cari au avut loc la întrunirea din 1937 la Geneva, şi cercetarea critică a faptelor prezentate, au dus la concluziunea confirmată ulterior de toţi cercetătorii, că virus-vaccinurile vii (controlate prin infecţiunea experimentală pe animale de laborator), *conferă o protecţiune mai puternică şi mai largă (cu aplicaţie la un mai mare număr de varietăţi de Rickettsii) decât protecţia conferită de vaccinurile cu virus omorît (R. Weigl, H. Zinsser):*

«Precocitate, intensitate şi polivalenţă pentru protecţia conferită de virus-vaccinurile vii;

Securitate în întrebuinţare, eficacitate sigură dar limitată în timp şi ca intensitate, precum şi monovalenţă (valabile numai faţă de virusul homolog) pentru vaccinurile cu virus omorît».

Metodele de vaccinaţiune aplicate pe o scară mai întinsă şi în afară de laborator până în prezent sunt următoarele:

Virus omorît: Metoda Weigl, utilizează virusul de tifus epidemic (Rickettsia prowazeki), plecând de la intestinul de păduche infectat experimental. Păduchi normali primesc pe cale anală o injecţiune de Rickettsii cu o pipetă capilară. Opt zile după inoculare, celulele cavităţii intestinale sunt pline cu adevărate culturi intracelulare de Rickettsii. In acest moment se prelevează intestinul şi se broiază în apă fiziologică fenolată 5% 00.

Incercări preliminare au arătat că un intestin de păduche infectat (10—100.000.000 de Rickettsii) reprezintă o cantitate suficientă pentru vaccinarea unui cobai împotriva mai multor mii de doze infectante de virus.

Vaccinul îşi păstrează proprietăţile sale cel puţin trei ani.

Pentru imunizarea omului se fac 3 injecţiuni subcutane la interval de 3—6 zile cu:

1-ul vaccin: conţinutul intestinal de la 25 păduchi;

2-lea vaccin: conţinutul intestinal de la 50 păduchi.

3-lea vaccin: conţinutul intestinal de la 100 păduchi.

In ultimul timp, în laboratorul său din Lemberg, *Weigl* nu putea prepara mai mult de 2000—2500 doze pe lună, în condiţiuni speciale de instalaţiune şi cu un personal bine antrenat pentru această technică foarte delicată.

După *Chodsko*, în 1931—32 s'au vaccinat *2794 persoane* în Polonia cu această metodă. Inoculările au fost bine suportate, prezentând în genere reacţiunile observate în orice vaccinare antimicrobiană. In mai bine de 10 ani de când se aplică, s'au vaccinat circa 20—30.000 persoane.

S'au semnalat cazuri de tifus exantematic printre vaccinaţi 2—5 luni după ultima injecţie de vaccin.

In 1937, autorul insista asupra variantelor de virus exantematic mult mai frecvente decât se părea, cu modificări de virulenţă în sensul unei augmentări cari surveneau în mod spontan în cursul trecerilor prin păduche. *Utilizarea de surse locale de virus este indicată.* Există deci un factor de labilitate care impune multă prudenţă şi pledează — după autor — în sensul utilizării exclusive a vaccinurilor cu virus omorît.

In aceste condiţiuni se poate vedea că metoda nu este aplicabilă decât *individual.* In ceace priveşte eficacitatea metodei trebue ţinut seamă de va-

riaţiunile în valoarea antigenică a Rickettsiilor în cursul culturilor succesive în organismul păduchelui.

Metoda a fost aplicată în general pe un personal selecţionat: Medici, misionari, personal sanitar ajutător etc.

Metoda Zinsser — Varella — Castaneda cu vaccin formolat.

Vaccinul formolat Zinsser: Culturi de ţesut (vaginală) de la şobolani iradiaţi şi infectaţi cu tifus murin în Tyrode+ser.

Vaccinarea la om cu acest vaccin e încă în stadiu experimental.

Animalele de laborator şi vaccinarea cailor pentru prepararea unui ser cer emulsiuni groase şi foarte abundente de Rickettsii.

Suarez (Chili) a făcut o serie de vacinări cu vaccinul lui Zinser preparat de autori fără nici un rezultat: toţi vaccinaţii au făcut ulterior infecţiunea cu tifus istoric.

Metoda ultimă a lui H. Zinsser se bazează pe o tehnică nouă. Cultivă virusul murin sau cel istoric pe fragmente de embrion de şoarece în soluţie Tyrode + geloză + ser de cal sau de bou. Până în prezent această metodă n'a ieşit din faza experimentală.

* * *

Comisiunea pentru studiul Tifosului exantematic de pe lângă Academia de Medicină din România, a avut la dispoziţie pentru experimentare, mulţumită bunăvoinţei Profesorului Zinsser, vaccin formolat preparat după metoda D-sale cu virus murin.

Incercările de vaccinaţiune făcute în 1938 de M. Ciucă şi D. Combiescu, au condus la rezultate complet negative: cobaii vaccinaţi, inoculaţi cu virus istoric au făcut boala experimentală în aceeaşi măsură ca şi martorii nevaccinaţi.

* * *

Metodele cu virus murin viu atenuat (?) au fost aplicate pe scară mai întinsă.

Metoda cu vaccin biliat a lui G. Blanc. Din încercările făcute de Blanc în 1937, reiese clar dificultatea vaccinaţiunii în massă cu virus murin viu incorporat în bilă, deoarece acţiunea bilei, după o jumătate de oră de contact este aşa de puternică, că virusul nu mai infectează cobaiul. Toată prepararea vaccinului, începând cu sacrificarea animalului infectat, a fost deci efectuată pe teren; virusul (splină, capsulă suprarenală şi vaginală de cobai infectat experimental) incorporat în bilă, se inoculează după un contact de ¼ oră cu bila. In acest moment *emulsia infectează cobaiul; nu dă infecţia aparentă la om.* Există totuşi *reacţiuni generale*, cari nu exclud existenţa unei infecţiuni uşoare. De la a 12-a zi de la vaccinare, imunitatea este efectivă. Păduchii nu se infectează pe vaccinaţi. Ar rezulta, din cele mai bine de 1 milion jumătate de vaccinări făcute în Maroc până în prezent că în realitate este vorba la vaccinaţi de o *infecţiune inaparentă*, câteodată chiar de o infecţiune aparentă uşoară, urmată de premuniţie, aşa cum s'au descris în ultimul timp şi în alte Rickettsiose.

In populaţia europeană, reacţiunile după vaccinare au fost mai serioase şi mai frecvente, ceace a făcut să se limiteze vaccinarea la persoanele special expuse şi având o stare generală perfectă.

După G. Blanc pericolul rezervoarelor eventuale de virus creiate prin vaccinare ar fi problematic, datorită faptului că înţepătura de purece de şobolan la om ar fi aleatorie.

Totuşi nu ne explicăm atunci apariţia de numeroase cazuri de tifus în toate laboratoarele unde s'a introdus tifusul murin.

Dacă vaccinul mînuit de însuşi inventatorul metodei şi sub controlul său direct, într'o regiune endemică de tifus endemic, n'a dat loc la accidente, trebue să fim foarte atenţi după cele întâmplate în Chili unde, ca şi în România, nu s'a găsit până acum tifus murin şi unde există tifusul istoric.

Suarez comunică: din 500 persoane vaccinate după metoda lui Blanc, 227 *au prezentat o infecţie aparentă cu 5 cazuri de moarte.* La 9 din aceste cazuri s'a recuperat virusul murin orchitic. Singura eroare probabilă de aplicare a fost că emulsia de organe (splină, capsulă suprarenală), ar fi fost într'o concentraţie prea mare: 1/800 în loc de 1/2000.

Această experienţă nenorocită a survenit la timp pentru a evita erori similare în ţările unde existenţa tifusului murin este încă discutabilă.

Deşi, după *G. Blanc*, eficacitatea metodei este incontestabilă, pe teren, în regiuni endemice, în grupurile riguros observate, în mediu militar, s'a constatat un oarecare procent de eşecuri, care însă nu a depăşit 1.5% de vaccinaţi.

Proporţia de tifus murin la vaccinaţi în aceleaşi garnizoane a fost în medie de 1.08% pe un total de 8.389 militari vaccinaţi.

Trebue adăugat că diferitele loturi de vaccin biliat preparate nu erau deopotrivă de eficace, aceasta datorită dificultăţilor de aplicare pe teren şi imposibilităţii de a obţine în mod constant o emulsiune egală ca bogăţie în virus activ.

Aceste consideraţiuni au determinat pe autor să propună şi să experimenteze, în timpul din urmă, prepararea vaccinului după o nouă metodă în care se utilizează suspensiuni uniforme de Rickettsii, recoltate fie de la pureci infectaţi (pentru virusul murin), fie de la păduchi (pentru virusul epidemic), ale căror dejecţiuni după uscare devin virulente cel puţin un an. Cu asemenea suspensiuni se pot prepara emulsiuni bine dozate, cari după biliere pot fi inoculate.

Din August 1938, această ultimă metodă a fost aplicată de *Blanc* pe un număr de aproximativ 200.000 de oameni fără accidente.

Metoda Laigret sau Nicolle-Laigret utilizează, ca şi cele precedente, virus viu murin.

Vaccinul Laigret: metoda preparării descrisă chiar de autorul ei, utilizează *virus murin viu încorporat la gălbenuş de ou* şi oleu de olive (în momentul întrebuinţării). Creerul şobolanilor infectaţi experimental se ridică în a doua zi de boală—se practică în acelaş timp controlul sângelui prin hemocultură, pentru a elimina animalele purtătoare de alte infecţii. Virusul glicerinat, păstrat 24 ore la — 15° în glicerină, se usucă cu fosfat monopotasic anhydric într'un exicator. Cu pulberea păstrată la —15° şi încorporată în urmă în gălbenuş de ou se fac pastile cari se pot păstra luni întregi şi emulsiona în undelemn în momentul întrebuinţării.

Există deci un avantaj al metodei din punctul de vedere al păstrării virusului şi posibilităţii controlului.

Virusul păstrat în condiţiunile arătate mai mult de un an îşi menţine proprietăţile sale. La temperatură obişnuită 18 — 25°, durata este redusă la 6 zile. La 37° virusul se distruge şi îşi pierde calităţile vaccinante.

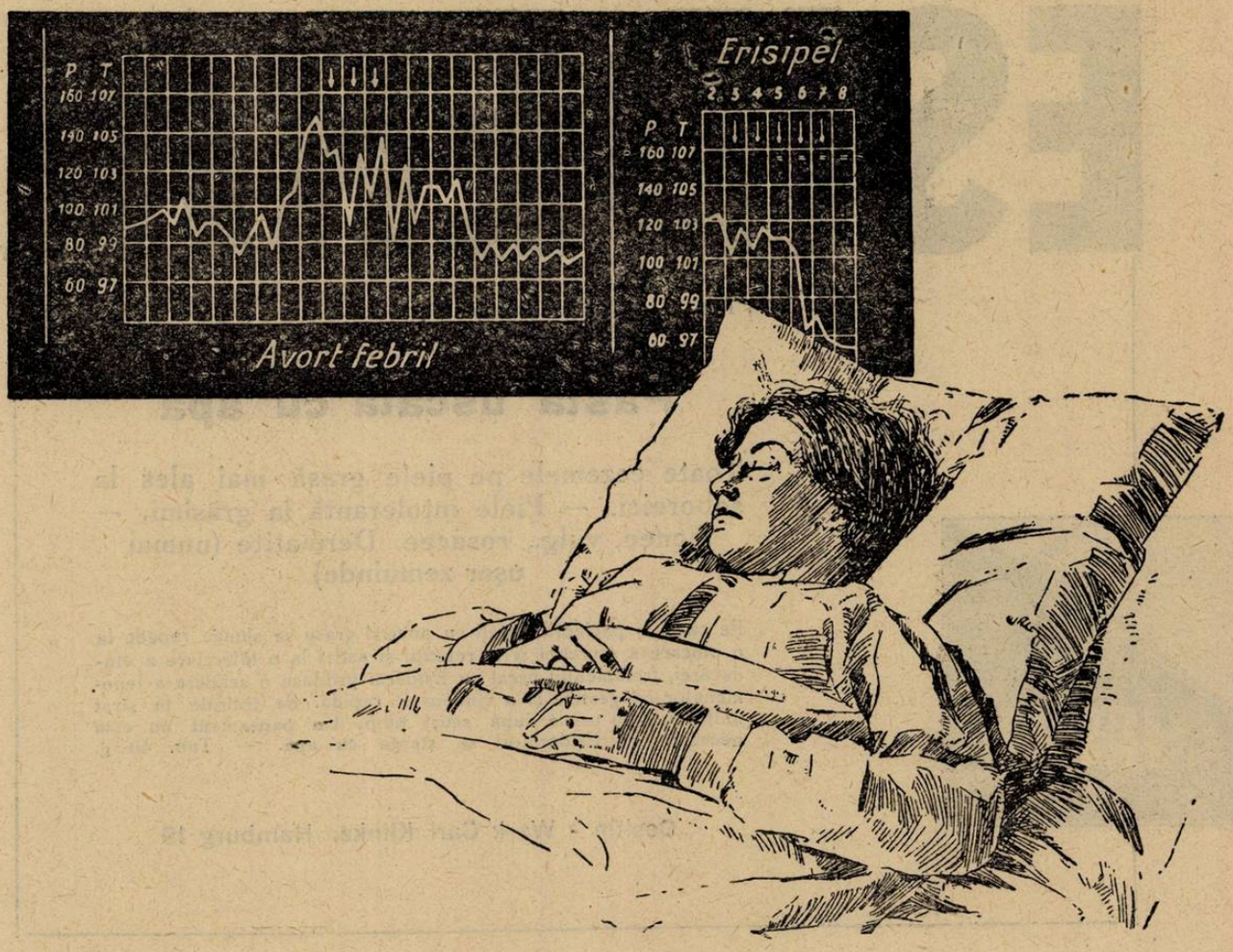
Un creer de şobolan este suficient pentru a vaccina 200 de persoane.

Până astăzi 100.000 de vaccinări au fost efectuate de autor în regiuni *endemice*, şi unde deci populaţia se bucură de un oarecare grad de imunitate.

Din descrierea şi comunicarea autorului rezultă că există *reacţiuni febrile post-vaccinale*, cari nu pot fi interpretate decât cazuri de infecţiune uşoară; dela vaccinaţi prin inoculare de sânge, la şobolan, virusul a fost recuperat.

După *Laigret* şi colaboratorii lui, pe 35.502 vaccinaţi, proporţia de tifus murin de inoculare n'a trecut de 0.4 la mie aceste cazuri de tifus vaccinal s'au constatat în special printre oraşeni, mai uşor de urmărit. «Daltfel reacţiuni febrile severe şi cazuri mortale printre Europeni în stare proastă fizică au fost observate încă din 1938 şi au provocat întreruperea campaniei de vaccinări».

Noua metodă Laigret caută să evite



Prontosil

In toate infecţiunile streptococice. Activ şi în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

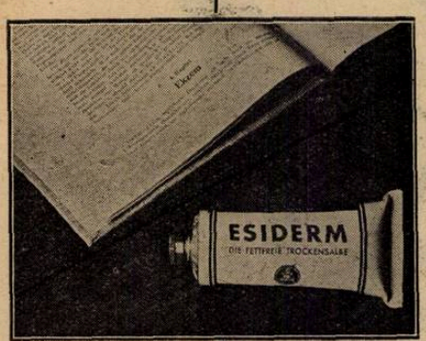
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R., BUCUREŞTI I. Strada Brezoianu 53, Tel.: 3-9286.
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Telefon: 37-22.

ESIDERM

ZnO., Talc, Terr, Silic. Glicerină, Aqua dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici. — Piele intolerantă la grăsimi. — Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numai uşor zemuinde)



Pe când la pacienţii trataţi cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei şi la retenţii şi astfel la o întârziere a vindecării, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă. Se întinde în strat uniform şi se usucă după scurt timp. Un pansament nu este necesar. — Esiderm-ul se şterge cu apă. — Tub. 40 g.

Desitin - Werk Carl Klinke, Hamburg 19

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică musculară (MAP). Acţiune de 20 ori mai puternică ca nitritul de sodiu.

Infarct cardiac. Angina pectorală. Turburările circulaţiei periferice.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac şi gangrena: zilnic 2 — 3 inj. 2 cc. Tratament de întreţinere: 3 — 4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R., Calea Serban-Vodă 41, Bucureşti.

lipsa de preciziune a titrării vaccinului, cobaiul şi şobolanul fiind animale insuficient de sensibile la cantităţile mici de virus utilizate în vaccinarea omului.

Utilizând un virus murin fixat pe şoarece, căruia îi provoacă o formă paralitică, *Laigret* poate pune în evidenţă pe acest animal cantităţi foarte mici de virus, ceiace îi permite să dozeze mult mai precis activitatea suspensiunilor vaccinante. Metoda, încă în stadiu experimental, suprimînd inconvenientele metodei anterioare, a înlocuit-o cu totul şi a fost aplicată până în prezent la circa 7000 persoane cu rezultate satisfăcătoare.

In aplicaţiunea ei, această metodă necesită pentru indigenii din zona rurală o singură inoculare de 10 unităţi şoarece. Pentru Arabii şi Europenii din centrele urbane, mai sensibili faţă de virus, se practică 3 inoculări succesive. Se începe cu un vaccin foarte atenuat (inactiv pentru şoarece) şi se termină cu o doză din vaccinul utilizat la indigeni, 10 unităţi-şoarece.

Colaborarea Academiei de Medicină din România la combaterea Tifosului exantematic în ţară la noi, a început în 1937, după un program care a fost adoptat în linii mari şi de Comisiunea de experţi de pe lângă Organizaţiunea de Igienă a Societăţii Naţiunilor.

In afară de cercetări privitoare la diverse probleme puse de factorii epidemiologici locali, de sero-profilaxie şi tratament, seroterapic (ser Zinsser şi ser de convalescent), s'au făcut şi încercări de vaccinaţiune preventivă la animale şi om. Pentru vaccinările experimentate s'a utilizat virusul local (epidemic) înrobat în lanolină (Dr. Combiescu), sau în oleu de olive (Dr. Bălteanu).

Rezultatele de până acum pe aproximativ vreo 3500 de persoane nu sunt concludente. Două luni după vaccinare (Experienţa de la Durleşti — Basarabia) s'a ivit un număr aproximativ egal de cazuri printre indivizii vaccinaţi, ca şi printre cei cari nu primiseră vaccin (3000).

Incercările trebuesc continuate în condiţiuni mai prielnice, utilizând noile ameliorări de technică şi numai virus local.

Concluziuni

Din cele ce precedă ne credem îndreptăţiţi să conchidem:

1. Profilaxia specifică a tifusului exantematic, prin vaccinaţiune, fie cu vaccin omorît (Rudolf Weigl: 1926 — 1939; Zinsser: 1930—1939), fie cu vaccin viu (G. Blanc: 1916—1939); Nicolle-Laigret: 1924—1939; Zinsser: 1939, etc.) nu poate fi considerată ca fiind ieşită din stadiul experimental.

2. Nu dispunem până astăzi de nici o metodă de vaccinaţiune contra *tifosului epidemic*, care să poată fi întrebuinţată pe o scară întinsă, în colectivităţi mari omeneşti, fără nici un risc.

3. Incercările de vaccinaţiune specifică în contra tifusului exantematic epidemic trebuesc continuate totuşi.

Vaccinaţiunile trebue făcute numai *în focare epidemice* şi în *zone strict limitate* şi cu *virusuri indigene;*

Măsurile de profilaxie generală şi individuală (deparazitare, izolarea bolnavilor, etc.) se impun a fi aplicate în mod riguros, oricare ar fi metoda de imunizare încercată;

Vaccinările trebue executate de un personal compus din indivizi cari au făcut boala şi s'au imunizat în mod natural, sau de indivizi recent imunizaţi cu vaccin omorât (virus european);

Acest personal va lucra după indicaţiuni precise date de Institutul Cantacuzino (Serviciul special însărcinat cu executarea acestor vaccinaţiuni).

4. Pentru controlul rezultatelor acestor vaccinaţiuni, este absolut necesară o colaborare continuă între organele executive ale Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi Institutul Cantacuzino.

5. In ceace priveşte metodele de vaccinare, rămânem la concluziile formulate de Comisiunea de Experţi în Raportul Comitetului de Igienă al Societăţii Naţiunilor (Cf. Doc. C. H. 1444 din 18.XI.1939) şi anume:

In regiunile indemne, dar ameninţate, întrebuinţarea pe cât posibil a metodelor cu virus omorît (R. Weigl sau H. Zinsser) pentru personalul sanitar.

In focarele epidemice utilizarea de virus viu atenuat.

In nici un caz nu ne putem dispensa de măsurile de deparazitare şi de izolare a căror eficacitate a fost consacrată de experienţa de până acum.

6. Noi cercetări asupra factorilor epidemiologici locali sunt indispensabile. Aceste cercetări implică personal special instruit şi un bogat echipament de laborator pentru studiile pe teren.

Referinţe:

E. GILDEMEISTER, E. HAAGEN, O. WALDMANN: Handbuch der Viruskrankheiten, Jena, 1939.

(Articolul: R. Otto u. R. Wohlrab— vol. II. p. 628).

H. ZINSSER, ENDERS a, FOTHERGILL: Immunity, principles and application, etc., New-York, 1939.

SOC. D. NAT. — Rap. épid., 1936, No. 1—3, No. 7—9.

SOC. D. NAT. — 1937 — Doc. C. H. 1230.

SOC. D. NAT. — 1937 — Doc. C. H. 1236.

SOC. D. NAT. — 1927 — Doc. C. H. 1236 (a).

BULL. DE L'ORG. D'HYGIENE — Soc. d. Nat., vol. VI., 1937.

SOC. D. NAT., 1939, Doc. C. H. 1444.

G. BLANC: Rev. d'Hygiène, 1936 t. 58, p. 292.

— G. BLANC et M. BALTAZARD: L'Algérie médicale, 1937.

G. BLANC et M. BALTAZARD: Bull. Acad. Méd. 1937, t. 118, p. 166.

G. BLANC: Annales de Méd., 1937, t. 42, p. 440.

M. CIUCA: Rap. M. S. A. S. — 1937.

J. LAIGRET et Roger DURANG: Arch. Inst. Pasteur Tunis, 1936, XXV, 570.

COMISIUNEA ROMANA P. STUD. T. EX. — Acad. Med. Rom.: Raport anual — Bull. Acad. Méd. Roum. 1939, t. VIII, p. 421.

Constatări cu ocazia unei anchete medicale

de Dr. D. PRIBOIANU

In cursul anului 1937 — 38 am întreprins o anchetă medicală la şcolile din Predeal, fiind în deobşte cunoscut că această staţiune este frecventată, în special vara, de numeroşi tuberculoşi, atraşi aci de calităţile climatului, reputat ca având proprietăţile curative în tuberculoza pulmonară.

Elevii erau examinaţi clinic şi apoi supuşi unui examen radioscopic al pulmonului, practicându-li-se în acelaş timp o intradermo-reacţie la tuberculină.

Examinând astfel 170 elevi şi eleve, a căror vârstă varia dela 7 — 14 ani, am făcut oarecari constatări interesante, pe cari le voiu expune mai jos.

Examenul clinic a pus în evidenţă două fapte:

1) Hipertrofia amigdalelor întâlnită aproape în mod constant la copii examinaţi.

2) Micropoliadenopatii cervicale uni sau bilaterale, cari însoţeau aproape regulat hipertrofia amigdalelor palatine.

Coexistenţa acestor două fapte de observaţiune, care repet că am întâlnit-o la quasi-totalitatea cazurilor examinaţi, nu este lipsită de oarecare semnificaţie, fiindcă ne sugerează imediat ideea unei infecţiuni cu poartă de intrare faringee, propagată apoi pe cale limfatică la plămân.

Infecţiunea amigdaliană a fost întrevăzută încă din 1894 de *Krueckmann*, dar *Dieu la foy* este primul care a descris *tuberculoza larvată a celor trei amigdale*, în şedinţa Academiei Franceze din 30 Aprile 1895. El a observat în unele cazuri în amigdale leziuni tuberculoase tipice, alteori o hipertrofie simplă.

L. Bernard susţine, cu drept cuvânt, că ipoteza predominanţei infecţiunei pe cale respiratorie sau digestivă nu

se pune decât dela faringe în jos, căci până aci cele două căi de pătrundere ale bacilului Koch comunică larg între ele.

Se naşte acum întrebarea care este rolul răspântiei naso-faringee în pătrunderea infecţiunei?

Wurtz şi *Lermoyez* credeau că mucusul nazal ar poseda proprietăţi bactericide, fapt ce nu corespunde realităţii. Acelaş lucru pentru sucul gastric sau intestinal.

Moure a descris chiar o rinită proprie tuberculoşilor, caracterizată prin atrofia cornetelor şi secreţie fetidă, fără formarea de cruste şi cu absenţa bacilului Koch; rinita aceasta ar favoriza inocularea pulmonului.

Dieulafoy distinge în tuberculoza cu punct de plecare amigdalian trei etape: 1) Amigdaliană; 2) cervicală; 3) pulmonară. Infecţiunea nu ajunge totdeauna la plămân, putând tot atât de bine să se oprească în amigdale sau să se cantoneze în ganglionii gâtului.

Fruchaud a recunoscut de asemeni frecvenţa hipertrofiei amigdalelor la bacilari şi îi atribue chiar o valoare prognostică, întrucât a observat că bolnavii cu hipertrofia amigdalelor prezentau în genere leziuni torpide sau cu tendinţă la latenţă.

Inocularea amigdalelor palatine la cobai a dat rezultate variabile. *Dieulafoy* a obţinut rezultate pozitive în 20 la sută din cazuri, fapt pe care alţi experimentatori îl contestă.

Personal, reluând aceste cercetări la Institutul Pasteur din Paris, în anul 1929, din îndemnul profesorului *Calmette*, n'am obţinut nici un rezultat pozitiv, inoculând amigdale hipertrofiate sau vegetaţii adenoide extirpate pate dela diferiţi copii, în serviciul oto-rino-laringologic de la spitalul Laennec.

Farchetti şi *Zacconi*, inoculând amigdale la animalele de experienţă, *Nobécourt* şi *Tixier* vegetaţii adenoide, au ajuns la concluziuni analoage.

Absenţa leziunilor tuberculoase nu exclude totuşi posibilitatea pătrunderii bacilului tuberculos la nivelul inelului lui Waldeyer.

Se ştie că bacilul Koch poate străbate epiteliile şi chiar mucoasele fără a lăsa vreo urmă în punctul său de intrare. In sprijinul acestei afirmaţiuni reamintesc în treacăt cercetările lui *Calmette, Guérin* şi *Grysez*, făcute în 1913. Instilând pe cornea epurilor de experienţă picături de culturi de bacil Koch sau de spută baciliferă, au reuşit a determina o tuberculoză ganglionară, propagată apoi la diferitele viscere şi constant la pulmoni, fără ca globul ochilor să prezinte vreo leziune vizibilă microscopiceşte.

Bacilii, de îndată ce au depăşit bariera limfatică, pot fi vehiculaţi de leucocite dealungul limfaticilor cervicale, iar de aci prin marea venă limfatică sau canalul toracic să ajungă în cordul drept, de unde sunt împinşi mai departe de curentul circulator în pulmon.

L. Bernard admite de asemeni posibilitatea unei infecţiuni amigdaliene, dar crede că această cale de pătrundere a bacilului tuberculos în organism este excepţională. El descrie un astfel de caz.

Este vorba de o tuberculoză generalizată, care a condus repede la moarte, însoţită chiar dela început de adenopatii cervicale voluminoase. La autopsie s'a constatat prezenţa unor ganglioni mediastinali şi mezenterici voluminoşi, cazeificaţi în totalitate, o cavernă pulmonară şi granulie.

El reconstitue astfel diferitele etape ale maladiei: Bacilul Koch, odată pătruns în faringe, a ajuns apoi prin sistemul ganglionar cervical la plămân, unde a dat naştere cavernei, iar ca ultimă etapă evolutivă a fost diseminarea pe cale sanguină-granulia.

Un caz oarecum analog descrie *Sergent;* aci debutul tuberculozei pulmonare a avut loc cu o granulie.

La aceste observaţiuni clinice se pot adăoga o serie de fapte experimentale, cari dovedesc în chip neîndoelnic conexiunile limfatice dintre ganglionii cervicali şi cei toracici.

Sergent împreună cu I. *Gaspar* şi *Robert Gadaud* (Arch. médico-chirurgicales de l'app. respiratoire, No. 4 1932) s'au folosit în cercetările lor asupra infecţiunei tuberculoase la cobai de technica lui *Ninni*, întrebuinţată de acesta pentru a pune în evidenţă în mod rapid ultra-virusul tuberculos.

Ninni inocula în acest scop diferitele produse bacilifere filtrate nu subcutan sau peritoneal, ci în ganglionii cervicali ai animalelor de experienţă.

Procedând astfel, el reuşia să decelez bacili acido-rezistenţi în frotiurile de ganglioni chiar la un interval de 15 zile dela inoculare.

Folosind aceeaşi technică, autorii de mai sus au observat următoarele:

Ganglionii cervicali se cazeificau cei dintâiu, iar procesul se întindea într'un interval de 3 — 6 săptămâni la ceilalţi ganglioni, — cervicali şi traheo-bronşici, — apoi la splină pulmoni şi ficat.

Prezenţa bacilului Koch în viscere era foarte precoce; viscerele erau invadate încă dela a 4-a zi după inoculare, fără ca ele să prezinte leziuni vizibile la microscop.

Inoculând în acelaş mod cobaii cu tuş sau lipiodol *Sergent* şi colaboratorii săi au observat progresiunea lentă a substanţei injectate dela ganglionii cervicali la cei traheo-bronşici şi apoi la pulmoni într'un interval de timp de 20 — 30 zile.

Sprijiniţi pe aceste observaţiuni de ordin experimental, *Sergent, Gaspar* şi *Gadaud* ajung la următoarele concluziuni:

«Constatările experimentale expuse, asociate cu oarecari observaţiuni clinice, ne îndrituesc să admitem că tuberculoza pulmonului poate avea ca punct de plecare o amigdalită sau o altă localizare interesând rino-faringele, fără ca în punctul de inoculare să se observe o leziune oarecare, iar de aci, să ajungă pe căile limfatice cervicale şi apoi mediastinale la plămân».

In ceeace priveşe conexiunile dintre ganglionii cervicali şi cei intra-toracici părerile sunt şi aci împărţite. *Grober* a observat că particulele de tuş injectate în mucoasa faringelui la câine sau cobai trec în ganglionii cervicali iar de aci în pleura apicală şi în cele din urmă la plămâni.

După alţi autori legătura între ganglionii cervicali şi cei traheo-bronşici ar fi făcută de un ganglion situat pe partea internă a domului pleural — ganglionul lui Wood.

Beitzke şi *Most* neagă dimpotrivă orice legătură între cele două grupuri ganglionare.

In sprijinul primei păreri *Sergent* aduce o serie de fapte de ordin clinic. Se ştie că pleurita apicală se traduce prin următoarele simptome. Durere spontană sau provocată prin palpare în zona de alarmă, inegalitate pupilară şi prezenta unei adenopatii supraclaviculare *(Sergent).*

Examenul radiologic descoperă însfârşit uneori lanţuri de ganglioni dispuse de o parte şi de alta a gâtului, continuându-se neîntrerupt cu ganglionii mediastinului.

La examenul radioscopic al copiilor am întâlnit adeseori sequelele ganglio-pulmonare ale primo-infecţiunei tuberculoase. Ele însă nu exclud pătrunderea bacilului tuberculos prin amigdale. Aceste focare asociate ganglio-pulmonare (Complexul primar al autorilor germani), coexistând cu hipertrofia amigdalelor şi micropoliadenopatii cervicale pot fi considerate tot atât de bine ca indice al unei infecţiuni retrograde, — amigdale, ganglioni cervicali, mediastinali şi pulmon. Ea a fost admisă de *Calmette, Helen Krause, Jousset* şi alţii, în opoziţie cu părerea autorilor germani, cari din prioritate şi chiar exclusivitate infecţiunei aerogene.

Intradermo-reacţia la tuberculină cu o diluţie 1/5000 a fost pozitivă în proporţie de 60%, fapt care concordă cu observaţiile mai recente ale diferiţilor ftiziologi, în opoziţie cu procentul mare de reacţiuni pozitive la adulţii dela oraşe, dat de alţii ca *Hamburger* (98%).

Cum se explică această frecvenţă a inoculărilor faringee la copii examinaţi? Faptul este uşor de explicat, dacă ne gândim la procentul mare de tuberculoşi, cari invadează Predealul,

în special vara, instalându-se în toate locuinţele şi împrăştiind pretutindeni în jurul lor boala.

Un alt fapt constatat, asupra căruia nu găsesc cuvinte de protestare, este obiceiul adaptat de diferitele noastre instituţiuni de stat, de a trimite la Predeal funcţionarii bolnavi ca, odată cu serviciul, să-şi facă simultan cura. Faptul este însă şi mai grav fiindcă am întâlnit printre aceştia învăţători.

La copii leziunile deschise sunt rare, contaminare nefăcându-se de obicei între ei ci provenind dela profesorii bolnavi.

Intr'o statistică publicată în Germania se constată că în intervalul 1920 — 1927 au fost trataţi în sanatoriile germane 741 profesori suferinzi de tuberculoză pulmonară, dintre cari 291 cu leziuni deschise şi din cari 79 îşi făcuseră cursurile chiar până în momentul internării.

Steinmayer, făcând o anchetă într'o clasă, unde era un profesor tuberculos, a găsit că 92% din elevi erau contaminaţi.

Am căutat să dau publicităţei faptele de mai sus, în special din via dorinţă ca ele să determine măsuri de îndreptare, cu atât mai mult cu cât Predealul, fiind în acelaş timp localitate de sport, adăposteşte iarna mult tineret care, în condiţiunile de mai sus este fără îndoială expus cu uşurinţă contaminării.

Formele joase ale nevraxitei epidemice

de Dr. ALEXANDRU P. SREBREANSCHI
Medic de spital mixt.

Virusul encefalitic, pe lângă un sindrom clasic de origină mezocefalică, descris de von *Economo*, şi caracterizat prin turburări oculare, narcolepsie şi parkinsonism, — poate să depăşească teritoriile encefalului şi mezocefalului şi să se propage la măduvă, rădăcinile şi nervii periferici, pe toată întinderea lor dela origină până la plăcile motorii, realizând formele joase ale nevraxitei epidemice.

Formele joase ale nevraxitei epidemice se împart în formele joase propriu zise şi formele periferice.

I. *Formele joase propriu zise* se împart şi ele în mielite şi radiculite.

a) *Mielitele epidemice* s'au descris sub mai multe tipuri: *tipul anterior*. care aminteşte poliomielita anterioară a adultului şi în care se instalează paralizia flască, urmată de atrofii; există şi formele fără atrofii, amintind boala lui Duchenne de Boulogne (paralizia spinală anterioară sub-acută); *tipul lateral*, în care se instalează o paraplegie spasmodică tipică, amintind tabesul dorsal spasmodic; există şi formele însoţite de atrofia musculară, reamintind scleroza laterală amiotrofică; *tipul posterior*, care se prezintă sub formă de tabes galopant; *tipul difuz*, în care se află într'un grad variabil o asociaţie a tipurilor precedente cu paralizia flască şi atrofică la început şi spasmodică mai târziu; *tipul transvers*, unde leziunile se întind orizontal, cu paralizia flască, devenind pe urmă spasmodică; *tipul superior*, descris de şcoala neurologică dela Socola (Iaşi), cu paralizie flască şi amiotrofia membrelor superioare; aceste forme au localizarea în regiunea cervicală.

Existenţa în evoluţia mielitei a simptomelor seriei encefalitice şi fenomenelor generale trecătoare (somnolenţă, insomnie, turburări oculare, diplopie, febră, contracţiuni mioclonice, paralizia facială, etc.) *precum şi evoluţia regresivă a boalei, — dovedeşte natura boalei.*

b) *Radiculitele epidemice* evoluiază sub formă de neuralgii epidemice; durerile sunt de tip fulgerant, dar fără intensitatea celor de tabes Ele sunt persistente, surde, caustice şi într'adevăr supărătoare prin perseverenţa lor.

S'au descris sub mai multe forme clinice: *formă radiculară pură*, unde atingerea rădăcinelor poate constitui întreaga boală; *formă amiotrofică*, care reprezintă reacţiunile amiotrofice de tip radicular; ea se manifestă nu sub o formă de reacţii dureroase, cu sub o modalitate tangibilă: amiotrofia, ect.

II. *Formele periferice* se împart în polinevrite, formele pseudo-miopatice sau neuro musculare şi formele intrante.

a) *Polinevritele epidemice* realizează o paraplegie flască, dureroasă (este afectat neuronul motor periferic — celula motrice), cu tendinţa la extenziune, cu abolirea reflexelor tendinoase, şi cu atrofia moderată. Paralizia predomină la nivelul rădăcinei membrelor inferioare ceeace uşurează mult diagnosticul, fiind că nu cunoaştem în ţările noastre alte polinevrite, cari ar prezenta această localizare, — interesând mai mult muşchii rădăcinei, decât pe cei ai extremităţii membrelor, întrucât virusul encefalitic neurotrop, diseminat în nevraxul întreg, merge din centrii nervoşi dealungul axonilor şi aceasta neuro-probasie explică că trunchiurile nervoase sunt mai atinse la originea lor, decât în porţiunile lor distale şi că muşchii cei mai atinşi sunt tocmai aceia a căror trunchiuri nervoase, cari îi leagă de nevrax, sunt cei mai scurţi — muşchii rădăcinii membrelor.

Apariţia simptomelor seriei encefalitice (turburări oculare, diplopie, narcolepsie, algii, mioclonii, sindrom parkinsonian, etc.) *precizează natura boalei.*

b) *Formele pseudo-miopatice sau neuro-musculare epidemice* realizează paralizia flască de tip miopatic, cu tendinţa la abolirea reflexelor, însă care loveşte în aşa chip prin predominenţa turburărilor la rădăcina membrelor, că se ia drept miopatie dobândită; totuşi s'a putut surprinde o filiaţiune netă cu un sindrom nevraxitic, pentru cari raţiuni şi se leagă foarte strâns de grupul periferic al nevraxitelor epidemice, a căror variante sunt.

c) *Formele întrante epidemice* evoluiază la început sub formă de polinevrită epidemică, cu sau fără simptome nete ale seriei encefalitice, iar pe urmă ajung, treptat sau în urmă recăderilor succesive la simptome medulare paralizia flască ia o tendinţă de contractură. Din acest moment, când se poate dovedi atingerea medulară, afecţiunea poate să lase un sindrom cronic, reamintind unele scleroze plăci; există impresia că s'a produs o alteraţie a măduvei — o mielită scleroasă difuză penetrantă.

BIBLIOGRAFII

Les occlusions artérielles aiguës des membres; formes cliniques, indications physiopathologiques et thérapeutiques par **H. Haimovici.** Assistant à la Faculté de Médecine de Marseille. Research Fellow în Physiology Harvard university medical School and fellow of the Rockefeller Foundation. Préface du Professeur *J. Fiolle. Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 124 pagini (Collection Médecine et Chirurgie: Recherches et applications N° 16). . . 26 fr.

Doctorul Haimovici a publicat deja acum un an o lucrare asupra emboliilor arteriale ale membrelor. Azi extinzându-şi cadrul se întinde nu numai asupra emboliilor ci şi asupra tuturor obliteraţiilor arteriale. Sub o formă strânsă şi foarte accesibilă, medicul va găsi în ea noţiunile de ansamblu şi expunerea concepţiilor recente referitoare la un mare capitol de patologie, încă puţin cunoscut.

Observaţiunile clinice ale autorului, cercetările sale de laborator lecturile sale, l'au făcut să cunoască tot atât de bine obliteraţiunile arteriale de cauză parietală (traumatice, infecţioase, etc.) caşi ocluziunile prin embolie. Distincţiunea între embolia şi tromboza arterială acută prezintă un interes practic de primul plan. Căci de un diagnostic precis şi rapid depinde o terapeutică raţională şi eficace.

Autorul reia în această monografie multiplele aspecte ale acestei chestiuni, confruntă diferitele opinii şi le cucereşte cu o critică subită de noţiunile recente cari se degajă şi studiul fizico-patologic şi terapeutic.

REVISTA CĂRŢILOR

CHIRURGIE: Semiotică, Clinică, Terapeutică

de *Vl. Buţureanu, Gh. Buzoianu, Al. Cosăcescu, E. Crăciun, N. Hortolomei, I. Iacobovici, A. Jianu, D. Manolescu, N. Meţianu, Al. Moruzi, Tr. Nasta, Al. Popa, I. Tănăsescu, D. Teodorescu, E. Ţeposu.*

D. Bagdasar, Th. Burghelea, Z. Borza, L. Câmpeanu, E. Cristidi, V. Climescu, Gh. Cojan, M. N. Constantinescu, M. K. Constantinescu, N. Covali, E. Cristian, Dorin Dumitrescu, C. Enescu, I. Făgărăşanu, Th. Firică, P. Georgescu, C. Ghiţescu, R. Ghiulamila, I. Gilorteanu, C. Ionescu-Dorohoi, I. Jianu, I. Jovin, C. Leonte, I. Marian, Gh. Marinescu, M. Nichita, I. N Petroşanu, Căplescu Poenaru, St. Popescu, V. Max-Popovici, Al. Popovici, I. Porumbaru, V. Racoveanu, I. Riga, I. Săbăilă, V. Săvescu, M. Teodorescu, V. Teodorescu, P. Topa, I. Teţu, S. Ţovaru, D. Vereanu, Al. Vasiliu, etc.

Volumul IV, Partea I: STOMACUL

de *Profesor Dr. I. Iacobovici, Dr. M. N. Constantinescu, Dr. C. Ionescu, Dr. Ştefan Jianu.*

Volumul cuprinzând 512 pagini pe hârtie velină, editura Librăria Jean Leon, Bucureşti.

Acest tratat de chirurgie apare sub îngrijirea D-lui Prof. Dr. Iacobovici.

Judecând după valoarea autorilor, după planul lucrărei şi după volumul care a apărut de curând, noul tratat va constitui o operă monumentală a ştiinţei me icale româneşti.

Pentru a informa pe cititorii noştri asupra noului tratat de chirurgie, reproducem în întregime introducerea scrisă de d. *Prof. Iacobovici.*

«Profesorii de chirurgie dela toate facultăţile noastre de medicină s'au întrunit în 1927 spre a redacta un tratat român de chirurgie. Totul s'a limitat la împărţirea materiei şi la câteva directive.

Intocmirea unui tratat român de chirurgie a devenit însă din ce în ce mai necesară.

Manualele de chirurgie străine oglindesc în primul loc metodele şi concepţiile proprii poporului în a cărui limbă sunt scrise. Se ignorează deseori fără intenţie, alteori chiar intenţionat, producţia altor popoare. Ura dintre marile popoare din Occident începe să se resimtă până şi pe acest teren neutru al ştiinţei.

Iată una din cauzele cari m'au îndemnat să iau iniţiativa redactării unui tratat român de chirurgie.

O altă cauză este nevoia simţită de studenţi, de chirurgi, şi în genere de toţi cei ce se interesează de problemele de chirurgie, de a cunoaşte producţia noastră proprie.

Avem un tezaur chirurgical naţional care se pierde zilnic. Multe din creaţiunile spiritului românesc, după ce şi-au pierdut originea, ne revin sub nume străine drept descoperiri mari şi recente.

Noi profesorii am mai făcut şi această tristă constatare, că studenţii şi candidaţii la concursuri ignorează complect tot ce s'a făcut de marea generaţie de chirurgi care ne-au precedat. Numele lui Asaki, Severeanu, Gerota, Juvara, Toma Ionescu aproape nu se mai aud.

In schimb se citează, şi unde trebue, şi unde nu trebue, numele străine care figurează în toate manualele uzuale de azi şi în care aceste nume nu se nită.

Ceva mai mult, limba noastră este în plină transformare, terminologia noastră medicală nu este bine stabilită. Să citez la întâmplare un cuvânt — de pildă — stomac. Unii pronunţă şi scriu stomah. Pentru a putea scrie corect, am făcut apel la d. Prof. Sextil Puşcariu, membru al Academiei şi însărcinat cu redactarea dicţionarului limbii române. D-sa mi-a comunicat că trebue să folosim termenul stomac, cu pluralul stomacuri. Iată încă una din cauzele cari m'au determinat să iau această iniţiativă. Pe lângă creaţiunile noastre proprii şi cele pe cari ni le-am însuşit, mai avem şi unele particularităţi cari ne servesc deseori. Noi nu avem mentalitate de popor mare, care nu vrea să ştie de nimeni şi de nimic din tot ce este afară de hotarul şi limba sa. Noi am fost nevoiţi să cunoaştem cel puţin o limbă străină şi mulţi dintre noi, şi mai ales cei mai tineri cunosc două şi trei limbi străine. Acest poliglotism ne serveşte foarte mult. Spiritul nostru de autocritică, dus deseori până la exagerare, ne apără de acele idolatrii atât de frecvente în alte părţi şi atât de dăunătoare pe teren ştiinţific.

Cu aceste mijloace cred că este mai uşor de scris un tratat imparţial şi complet şi sper să reuşim şi să dovedim această afirmaţiune.

Mi s'a obiectat că acum nu este timpul propice de a publica un tratat, ca cel al cărui iniţiativă am luat-o.

Răspund că nici odată în lunga şi dureroasa istorie a poporului românesc n'a fost o epocă ca aceasta, când trebue să arătăm în toate domeniile ce putem, ca să justificăm ce suntem.

Şi dacă este un domeniu unde numele româneşti stau cu cinste alături de cele străine, este în chirurgie.

A fost o datorie a tuturor timpurilor, dar ea a devenit azi mai imperioasă ca oricând.

Pentru înfăptuirea acestei opere am făcut apel la colegii cari au răspunderea învăţământului chirurgical, la profesorul de anatomie patologică, precum şi la toţi acei cari, alături de noi, ne ajută în această grea misiune şi la cei cari împărtăşesc vederile noastre.

Mulţumită grabei cu care au răspuns, am putut face distribuţia materiei care se vede la sfârşitul acestei fascicole.

Tratatul pe care-l prezentăm va ieşi în circa opt — zece mii de pagini. Sperăm că împrejurările ne vor permite să-l scoatem complet în curs de doi ani.

Am avut curajul de a lua iniţiativa acestui tratat, recitind prefaţa pe care Toma Ionescu a scris-o la 1910 primei mele încercări făcute în această direcţie.

In prefaţa lucrărei intitulată: *Demonstraţii clinice* — dânsul a scris:

«Am citit cu plăcere cele opt lecţiuni clinice, pe cari mi le-a comunicat de d. Dr. Iacobovici, asistentul meu.

«Intr'însele se reflectează simţul clinic, practic şi didactic al autorului, simţ ce reiese din claritatea şi metoda expunerii.

«In afară de aceste calităţi, cele opt lecţiuni mai au darul de a arăta din partea autorului o cunoştinţă perfectă a literaturii chirurgicale moderne. Astfel că aceste lecţiuni pot fi consultate cu mare folos nu numai de elevi, dar chiar şi de practicieni, cari vor găsi opt chestiuni de chirurgie actuală, puse la punct şi procedee operatorii simple, bine descrise, precum şi rezultatele satisfăcătoare pe cari le-au dat.

«Succesul, pe care nu mă îndoesc că-l vor avea aceste lecţiuni, sper că va încuraja pe autorul lor de a continua pe calea ce a luat şi aceasta spre folosul literaturii noastre medicale».

Profesor *Toma Ionescu*

Cele opt lecţiuni s'au epuizat în şase luni şi ele au servit la numeroase se-

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM: 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE

LABORATOIRES LALEUF

51, RUE NICOLO — PARIS (XVI)

Reprezentanţa generală: PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. — Telefon: 2.39.46.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID
DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

Expectorantul cu efect sigur şi constant pe bază
de Radix Ipeca standardizat la 10 % Emetină

RADIPON DR. WANDER
TABLETE

RADIPON CUM CODEINO
TABLETE

Indicat în bronşite acute, gripă,
pneumonie, bronchopneumonie

O nouă sare a CODEINEI

CODELUM DR. WANDER
Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM FORTE
Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

Intruneşte proprietăţile farmacologice ale Codeinei şi Acidului feniletilbarbituric cu efect potenţat.

Mostre şi literatură trimite la cerere
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

De atunci au trecut treizeci de ani. In acest interval am scos în 1927 «Propedeutica», prin care iniţiam pe student în primele noţiuni de chirurgie. Şi această carte este pe puntul de a se epuiza.

Am crezut de datoria mea să nu părăsesc catedra înainte de a da şcoalei o carte de colaborare, aşa cum apar de decenii în Franţa şi Germania.

Înţelegem că în acest tratat să se reflecte şi partea noastră de muncă şi de creaţie şi aceea a celor cari ne-au precedat şi instruit. Ne-am străduit să adunăm din literatura medicală universală tot ce ne-am putut procura şi am înregistrat, tot ce am crezut că va rămâne.

Recunosc că apariţia unui tratat de forma şi dimensiunile celui conceput de mine va fi dificilă. Redactarea unui astfel de tratat şi în condiţiunile pe cari le-am înţeles, cere din partea colaboratorilor o obişnuinţă şi o rutină care la noi lipseşte. Cele mai multe din lucrările noastre similare au fost făcute, fie de un singur om, cum a fost monumentala lucrare a lui Teohari, fie de colaboratori imediaţi cari se găsesc în jurul autorului. In aceste din urmă condiţii am scos «Propedeutica». Am totuşi, o încredere desăvârşită, că voiu putea trece peste toate dificultăţile.

Increderea mi-o bazez pe experienţa pe care am făcut-o de atâtea ori şi care totdeauna mi-a reuşit.

Oameni capabili şi bine pregătiţi nu lipsesc la noi. De câte ori am făcut apel la dânşii, de atâtea ori concursul lor a fost de natură să întreacă toate aşteptările mele.

Congresele noastre anuale de chirurgie păreau la început pentru unii simple spectacole pentru a evidenţia pe câţiva.

Se uită deseori intenţionat şi de multe ori fără nici un fel de răutate, că toate popoarele civilizate fac congrese anuale. Se uită că aceste congrese sunt mijloacele cele mai eficace pentru a stimula, cristaliza şi difuza cunoştinţele. Şi ceva mai mult: congresele evidenţiază şi consacră pe cei tineri, pe cei capabili.

Am luptat şi eu şi toţi colegii mei de Facultate, aşa cum luptă şi colegii noştri din Franţa, Germania, Anglia, Italia, etc., pentru a face aceste congrese cât mai reuşite.

Avem mulţumirea ca an de an manifestaţiile noastre chirurgicale sunt mai frumoase, mai strălucite.

Am făcut acum în urmă al 10-lea congres; şi ce mândrie şi ce bucurie am avut când am citit rapoartele şi când am auzit expunerile magistrale!

M'am bucurat şi am fost mândru findcă rare ori am citit rapoarte aşa de bine alcătuite şi mai rare ori am auzit în străintate expuneri aşa de frumoase.

Ceace ne-a lipsit până acum a fost încrederea în puterea noastră.

In spatele nostru nu stau decât trei generaţii cari au trebuit să creeze totul. Aceste trei generaţii s'au străduit să cucerească independenţa, să facă unitatea naţională şi să ridice o ţară devastată şi dezorganizată la rangul de mare putere europeană.

Această minune s'a făcut în mai puţin de un secol.

Minunea aceasta s'a făcut atât de repede, încât mulţi nici n'o pot crede.

Perzistă încă îndoială şi mai sunt unele reminiscenţe ale unui trecut dureros. Se simte încă influenţa Orientului apropiat. Toate acestea sunt fatale, sunt inerente. Fiecare generaţie ia dela cea care a precedat-o şi bunul şi răul. Continuitatea este fatală. Trebue să recunoaştem că orice încercare de mai bine, de mai frumos, de mai înălţător, a fost totdeauna bine primită la noi.

Şi realizările noastre pe toate tărâmurile întrec cu mult aşteptările.

In domeniul chirugical în special, ne-am afirmat şi mai mult, chiar de la cea dintâi generaţie, care a venit în contact cu Apusul. Că împrejurările nu ne-au fost totdeauna prielnice, că deseori ne-au lipsit mijloacele, o ştim. Ceeace însă nu vrem să ştim este ceace facem şi ceace noi însemnăm. Generaţia mea a suferit mult de acest lucru. Ne-am lăsat intimidaţi şi de îndrăznealsa celor de peste hotare şi de aceea a unora din cei dela noi. Vrem ca generaţia care vine să nu mai aibă această timiditate.

Vrem să le dăm încrederea pe care o merită.

Vrem ca munca şi priceperea lor să vadă lumina zilei.

Sunt convins că vom reuşi.

Va fi o ocaziune fericită pentru generaţia de chirurgi care ne urmează.

Generaţia mea şi-a găsit satisfacţia şi întrebuinţarea prin împlinirea idealului naţional. Aproape toţi ne-am putut plasa şi am avut posibilitatea de a munci. Generaţia care ne urmează are o situaţie tragică. Vechile aşezăminte spitaliceşti, din cele două Capitale sunt pe cale de lichidare. Noile aşezăminte cari le iau locul sunt compect dezorganizate. Posibilităţi de creieri de noi servicii nu se văd. Şi ceva mai mult, posturile universitare sunt toate blocate pentru douăzeci de ani.

Oamenii de treizeci şi patruzeci de ani de acum găsesc totul închis în faţa lor. Această situaţie se agravează şi mai mult prin lipsa de încredere, inerentă nouă în genere şi tineretului în deosebi.

Colaborarea la care chemăm pe cei tineri are şi această menire de a le da prilejul să-şi dovedească pregătirea pentru ca astfel să se poată afirma.

In ziua când vor face dovada capacităţii lor, probabil şi situaţiile se vor schimba.

Situaţia aceasta de inferioritate, de robie şi exploatare a corpului medical trebue să înceteze.

Dezrobirea noastră se apropie.

Eu nu mă îndoesc că odată înfăptuit acest tratat, vom găsi soluţii şi la aceste dureroase probleme.

Prima ediţie a acestui tratat va avea desigur lipsuri inerente oricărui început. Oamenii de bună credinţă şi cei cari muncesc ne vor ierta şi ne vor ajuta să le îndreptăm.

Sunt sigur că, odată prima ediţie apărută, celelalte vor urma.

Şi, dacă nu putem lăsa altceva mai bun tinerei generaţii, să-i dăm acest tratat ca, la rândul ei, să ducă mai departe şi să înalţe cât mai sus chirurgia românească.

Pentru a grăbi înfăptuirea, am făcut o împărţire a materiei şi am schiţat pentru fiecare capitol un mic plan. Natural, fiecare are libertatea să-l interpreteze şi să-l desvolte cum va crede mai bine.

Ne-am consfătuit la capitolele mari şi vom căuta să păstrăm o proporţie, pentru a putea închega un tot armonic Oriunde s'a simţit nevoia, am început cu un capitol de embriologie, am continuat cu unul de anatomie chirurgicală, de fiziologie şi apoi am descris metodele de explorare. Clinica am desvoltat-o mai mult pe baza lucrărilor româneşti. La tehnică am dat locul cuvenit procedeelor româneşti.

Am rezervat un loc deosebit îngrijirilor şi examenelor înainte şi după operaţie. Capitolele acestea nu figurează, de cele mai multe ori în tratatele obicinuite, ci sunt expuse în lucrări separate. Am crezut însă că ele fac parte integrantă din orice acţiune chirurgicală. Se ştie azi bine că marile succese ale chirugiei contemporane nu se datoresc atât tehnicei, cât mai ales cunoaşterii mai amănunţite a bolnavului şi îngrijirii lui după operaţie.

Chirurgia utilizează tot ceeace creează pentru a veni în ajutorul omului. Multe din problemele de azi au fost cunoscute mai de mult sub alte denumirii şi astfel concepute. In vârtejul ameţitor al triumfului chirurgical dela sfârşitul secolului trecut, aceste cunoştinţe au fost uitate.

Chirurgia tinde să meargă azi pe alte drumuri decât a mers până acum. Pentru această chirurgie care este şi a prezentului, dar care va fi o necesitate inexorabilă a viitorului, noi am introdus o serie de capitole, care nu figurează în tratatele uzuale.

Nu am uitat însă nici trecutul, şi

rii de studenţi pentru iniţierea lor în chirurgie.

Nu am uitat însă nici trecutul şi prima fascicolă este rezervată unui scurt istoric al chirurgiei de pretutindeni şi cu deosebire al celei dela noi.

Bazaţi pe trecut şi expunând prezentul, sperăm să punem temelii trainice chirurgiei româneşti.

Tratatul va apare în şase sau opt volume. Fiecare volum se va compune din mai multe fascicole. Contăm ca fie care fascicolă să aibă minimum două sute cincizeci de pagini iar volumul circa o mie — o mie cinci sute de pagini.

Cea dintâi fascicolă care apare este asupra stomacului.

Fascicola aceasta am redactat-o singur încă din 1927 şi 1928. Am pus-o la punct cu Mircea Constantinescu, Ionescu şi Jianu în 1939.

Sperăm ca, până la sfârşitul acestui an, să scoatem volumul întâiu care cuprinde Patologia generală chirurgicală.

Tratatul acesta apare în editura Librăriei Jean Leon, tot acolo unde acum treizeci de ani, am scos Demonstraţiile clinice.

Ţin să mulţumesc doamnei şi domnului Leon pentru editura acestui tratat şi pentru toată priceperea, râvna şi munca ce o depun ca apariţia lui să se facă cât mai curând.

Deasemenea mulţumesc conducerii tipografiei «Cartea de aur» precum şi şefului de secţie Ioan Georgescu, pentru interesul şi pasiunea care au pus-o ca lucrarea să iasă în cele mai bune condiţiuni technice posibile».

Ianuarie 1940.

Invăţământul medical de specializare

de **Prof. Dr. P. TOMESCU**

Legea sanitară din 20 Noembrie 1939 prin prevederile ei asupra specializării medicilor, a pus în discuţie această problemă, foarte interesantă pentru organizarea noastră sanitară şi pentru practica medicală.

Inainte de a vedea care ar fi formula cea mai bună pentru viitor, este util să examinăm modalitatea în care s'au format până acum specialiştii în ţara noastră.

Toată lumea ştie că nu am avut un învăţământ de specializare şi cu toate acestea, şcolile noastre de medicină au dat un mare număr de specialişti, cari onorează această titulatură.

Medicii se specializau prin stagiile îndelungate pe cari ei le făceau şi prin activitatea intensă pe care o desfăşurau în diferite clinici şi spitale, în calitate de interni, medici secundari, preparatori sau asistenţi.

Rezultatele au fost atât de bune în cât numeroase personalităţi medicale ca şi mulţi tineri nu înţeleg de ce s'ar organiza un învăţământ de specializare când vechiul sistem s'a dovedit atât de rodnic.

De aceea ei nu văd utilitatea acestei inovaţiuni legislative şi nici urgenţa ce se cere în aplicarea ei.

In ceeace ne priveşte, socotim că organizarea învăţământului de specializare este necesară pentru următoarele motive:

1) Sistemul actual, deşi dă rezultate sigure în ceeace priveşte pregătirea temeinică a noilor specialişti, nu are randamentul pe care nevoile sanitare ale ţării îl cer.

Astfel sunt locuri medicale de conducere şi de mare răspundere în diferite regiuni ale ţării, cari nu pot fi ocupate din lipsă de specialişti (De exemplu: locuri de medici şefi de laborator).

De aceea este absolut necesar să pregătim mai mulţi specialişti, mai ales în ramurile în cari se simte o mai mare lipsă

2) Desvoltarea pe care a luat-o ştiinţa medicală a determinat specializarea tocmai din necesitatea de a aprofunda un anumit domeniu. Acest fapt este cunoscut şi apreciat de marele public atât de mult, încât el se adresează cu încredere specialiştilor.

Cum această chestiune nu era legiferată şi cum publicul cerea specialişti, mulţi medici şi-au însuşit această titulatură, care pentru ei nu avea de cât un conţinut inprecis şi în orice caz, insuficient.

Pentru a remedia această situaţie de fapt, păgubitoare practicei medicale şi îngrijirei competente a bolnavilor, Ministerul Sănătăţei a trebuit să intervie, legiferând condiţiile în care un medic poate deveni specialist.

3) In afară de aceasta, sunt unele specialităţi cari nu au luat o mare desvoltare la noi, decât în ultimul timp. Din această categorie fac parte: Stomatologia şi Radiologia

Pentru a înlătura un empirism adânc, păgubitor sănătăţii publice, s'a organizat acum câtiva ani învăţământul de specializare în stomatologie. Rezultatele au fost bune şi ele sunt calitativ şi numeric într'o continuă ascensiune.

Radiologia care cere o tehnică specială în execuţia examenelor şi în interpretarea rezultatelor, este a doua ramură medicală, în care lipsa unui învăţământ de specializare este adânc resimţită. In orice caz, organizarea lui nu mai poate întârzia mult.

* * *

Iată o serie de argumente pentru cari învăţământul de specializare trebue făcut pe o scară mai larg, decât îl realizează sistemul practic în prezent.

Cum însă el s'a dovedit bun, se propune nu o înlocuire a lui ci numai o amplificare.

In expunerea pe care a făcut-o asupra acestei chestiuni în consiliul Facultăţei de medicină din Bucureşti, d *Prof. Dr. Hortolomei*, Ministrul Sănătăţei, a arătat că înţelege să se facă învăţământul de specializare printr'o activitate desfăşurată zi de zi, în clinicile sau în serviciile bine reputate ale spitalelor mari.

Locurile vor fi limitate în raport cu posibilităţile de lucru efectiv. Ele se vor ocupa prin concurs.

Invăţământul va fi practic, nu teoretic. Activitatea ştiinţifică va consta în cercetarea personală aprofundată a tuturor cazurilor, în interpretarea lor în lumina cunoştinţelor actuale, în experimentări proprii şi în perspectivele pe cari tinerii superior dotaţi vor şti să le deschidă.

Intr'un cuvânt, specializarea va consta într'o *activitate ştiinţifică personală*, desfăşurată într'un mediu propice, într'o atmosferă de superioară intelectualitate, în care tânărul se găsească o directivă sigură şi un control competent al iniţiativelor şi ideilor sale.

Acest mod de specializare urmăreşte actualul ministru al Sănătăţei şi cred că punctul său de vedere va întruni unanimitatea profesorilor şi şefilor de servicii în care se va organiza învăţământul.

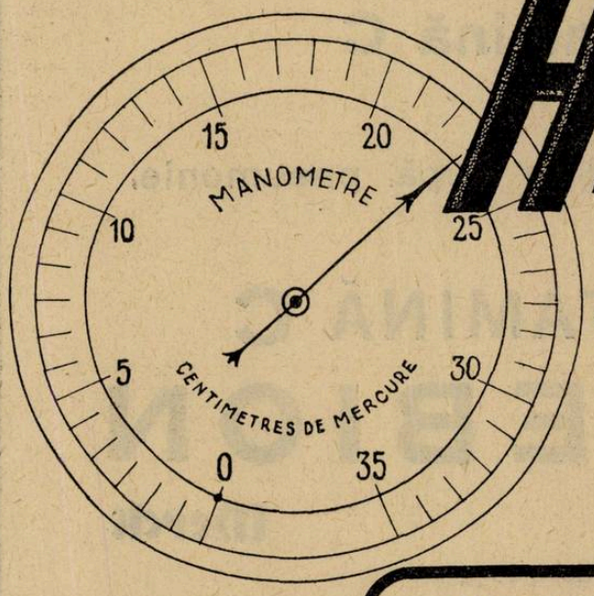
* * *

Trecând dela aceste principii generale, la realizarea lor practică, socotim că Facultăţile de medicină vor putea organiza un învăţământ de specializare cu mare randament, utilizând pe lângă clinici toate serviciile de spital, în care se lucrează intens şi cari au peocupări ştiinţifice. O listă a acestor servicii trebue făcută imediat, pentru a se putea stabili numărul de locuri vacante pentru fiecare specialitate şi care nu va fi mai mare de 2 pentru un serviciu de 60 paturi.

Examenul de specialist care se trece la sfârşitul stagiului, trebue să fie foarte serios, candidatul fiind obligat să facă dovada posibilităţilor de a lucra efectiv şi eficace în specialitatea căreia i s'a dedicat.

Stagiile prevăzute de lege sunt de 3 ani pentru chirurgie şi medicină internă; de doi ani pentru specialităţile medicale şi chirurgicale; de un an pentru igienă, medicină legală şi balneologie.

Reducerea cu un an a stagiilor primelor două categorii pentru internii cu concurs este foarte îndreptăţită.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— *Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.*
— *Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.*
— *Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.*
— *Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.*
— *Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.*

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Noua Chimioterapie anti-infecțioasă polivalentă pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID

Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută și cronică la bărbați și la femei
Complicațiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecțiune puerperală post-partum și post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecțioase Criptogenetice

POSOLOGIE

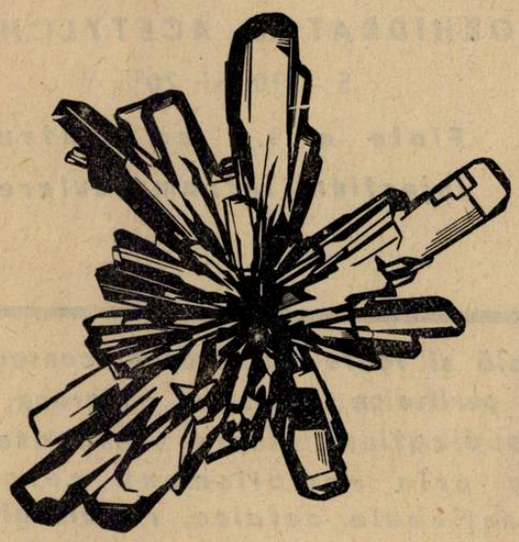
Adulți :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 — 3 „ „ „
Sugaci :	½ — 1 comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanță exclusivă: **„SPEPHAR"** — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — București — III
Telefon: 2.11.78.

In stări de carenţă în vitamină C
în maladii infecţioase

(pentru favorizarea tratamentului în gripă, pneumonie, difterie, tuberculoză etc.)



VITAMINĂ C
CEBION
Merck

Tablete de 0,05 g
Fiole de 0,05 g (1 cmc)
Fiole de 0,1 g (2 cmc)
Fiole de 0,5 g (5 cmc) = CEBION „forte"

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentanţa generală:
CHIMIROMAN — Bucureşti I, Strada T. G. Masaryk No. 32

PRODUSE ORIGINALE ROMÂNEŞTI „LABORATORUL HELIOS"

Tratamentul Br. sub forma cea mai ideală şi eficace.

NEUROCALMIA

— Etherii borneolului şi acidului izovalerianic — Na. Br. — Phenil dimethylizopirazolon — Alcaloizii din Spartium Scoparium.
Flc. orig. 250 gr.
1—6 linguriţe pe zi.

Angor-Pectoris-Hipertensiune Aortita cronică,

ANGIOSEDIN

CASCHETE
Phenylethylmalonilcarbamid 0.03 gr. Teophilin-ethylen diamin 0.05 — Papaverin 0.02, Chinidină 0.10 — Dimethyl dioxipurine 0.25 gr.
2—3 caschete pe zi.

REUMATISM
Acut, cronic, sciatică, lumbago mialgii, astralgii, etc.

POLYSAL

Salicilat de Ca. — Na. K.
Fiole 5% à 10 cc. intravenos.
Sirop. 10%.
Fiole: 1—3 inj. pe zi.
Sirop: 1—3 linguri pe zi.

ASTENIE NERVOASĂ — SURMENAJ — ANEMIE — DEBILITATE

SER NEURODINAMIC A.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr.
Methylarsenat disodic 0.05 gr.
Strichnin Sulfuric 0.001 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile

SER NEURODINAMIC B.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr.
Strichnin sulfuric 0.0015 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile

SER NEURODINAMIC C.

Na. glicerophosphoric 0.03 gr.
Fer. glicerophosphoric 0.02 gr.
Methylarsenat disodic 0.03 gr.
Strichnin sulfuric 0.0015 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile

Repr. Generală, Farmacia G. D. VASILIU-CERB, Bucureşti Calea Victoriei No. 70
Preparatele se găsesc p. farmaciile şi droguriile din întreaga ţară la toate depozitele de En-gros din Capitală.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Concurs de Medici primari la Ministerul Sănătăţei

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Miercuri 27 Martie 1940, orele 9 a. m. va începe la Bucureşti, la Ministerul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale, din Calea Griviţeii No. 64, concurs pentru ocuparea posturilor de medici primari ai jugeţelor:

Câmpulung, Odorhei, Hotin, Mehedinţi, Tighina şi Tulcea.

Au dreptul să se prezinte la acest concurs medicii sanitari definitivi cu 10 ani vechime.

Concursul constă în următoarele probe:

1) O probă de titluri, lucrări şi activitate în serviciu;

2) O probă de administraţie şi legislaţie sanitară;

3) O probă de medicină legală.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru concurs, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cererile însoţite de acte şi suma de 2000 lei (două mii) cu cel puţin 30 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea concursului.

Reapariţia „Buletinului Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale"

După o întrerupere de 7 ani a reapărut «Buletinul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale».

No. 1 din Ianuarie 1940, are în fruntea sa următorul cuvânt introductiv, scris de d. prof. dr. *N. Hortolomei*, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:

«In ziua de 15 Decembrie 1888, iesă de sub tipar, cel dintâiu număr al «Buletinului Sanitar». Dela această dată el a apărut neîntrerupt, timp de 44 de ani când, spre sfârşitul anului 1932, îşi întrerupe existenţa.

Am soctit că reapariţia «Buletinului Sanitar ar răspunde— mai ales în momentele de faţă — cu adevărat unor mari nevoi.

Incă dela început, în apelul pe care d-rul Sergiu, directorul Serviciului Sanitar de pe atunci, îl adresa medicilor şi farmaciştilor, el arăta ce mare interes era ca să fie cunoscute rapoartele întocmite de medici asupra activităţi lor. El atrăgea atenţia, în deosebi, asupra marei însemnătăţi ştiinţifice ce o reprezintau dările de seamă ale personalităţilor însărcinate de Direcţia Sanitară cu felurite misiuni în ţară ori străinătate.

Dacă acestea constituiau atunci motive — credem întemeiate — ca să îndreptăţească publicarea unui organ propriu, apoi cu atât mai mare şi mai imperioasă apare nevoia reluării acestei publicaţii, acum, în asprele vremuri pe cari le trăim.

Prefacerile extrem de mari, în multe direcţii din temelii, ce se petrec şi la noi şi în toată omenirea, prin probleme multiple şi noui, cari cer adaptări noui, organizări, inedite şi în toate cazurile foarte grabnice soluţionări.

In domeniul sanitar, vechile probleme cari îşi aşteptau înfăptuirea lor în funcţie de timp, cer acum o rezolvare mult mai grăbită, într'un ritm mult mai accelerat şi în vremea aceasta nenumărate alte probleme iau naştere, aşa zicând zilnic.

Este de un interes covârşitor pentru sănătatea neamului nostru şi pentru nevoile apărării şi păstrării sale ca Stat, ca problemele sanitare moderne să fie repede şi complet cunoscute şi răspândite apoi în cercuri cât mai largi.

Iată de ce Ministerul Sănătăţii aşteaptă o colaborare activă în paginile acestui Buletin, din partea tuturor medicilor săi, şi-i îndeamnă stăruitor să aducă în expunerea, discuţia şi propunerile soluţionare ale problemelor sanitare care interesează neamul nostru, toată capacitatea şi ştiinţa lor, dar mai ales nepreţuitul lor capital de experienţă personală câştigată.

Ministerul Sănătăţii doreşte ca acest Buletin, care este pus gratuit la dispoziţia medicilor săi, să devie în înţelesul cel mai larg, un organ al lor, care să-i reprezinte demn, nu numai din punct de vedere profesional sanitar, dar şi ştiinţific».

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

Conform art. 201 din Legea Sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic **primar al Serv. III** la Institutul Superior de Sănătate şi Spital Central.

Medic primar la Spitalul de boli mintale Costiugeni-Lăpuşna.

Medic primar la Aşezământul pentru ocrotirea defectivilor din Bobeşti — Bălăceanca jud. Ilfov.

Medic primar de boli interne la spitalul Bazargic.

Medic primar de boli interne la spitalul Cârlaşi din Buzău.

Medic primar de boli interne la spitalul Suceava.

Medic primar pediatru la spitalul Caransebeş.

Medic primar al Sanatoriului T. B. C. Aleşi jud. Bihor.

Medic radiolog la Serv. Sanitar al Municipiului Bucureşti.

Medic şef al Laboratorului de Igienă Tulcea.

Medic igienist de plasă jud. Făgăraşi.

Medic igienist de plasă jud. Ilfov.

Medic la plasa sanitară model Gilău jud Cluj.

Medicina ctrc. urbană Arad, Constanţa; urbană Iaşi.

Medic oraş Roşiori de Vede; Vişniţa

Medic al spitalului mixt Hârşova; Zimnicea.

Medic al Spitalului şi Circ. Paşcani jud. Baia; Medic al spitalului şi Circ. Bâcleş, jud. Mehedinţi; Medic al Spitalului Drânceni jud. Fălciu.

Medic circ. Câineni jud. Argeş; Medic circ. Rociu jud. Argeş; Medic circ. Almaşul Mare jud. Alba; Medic circ. Slobozia jud. Bălţi; Medic circ. Zgărdeşti jud. Bălţi; Medic circ. Miroslăveşti jud. Baia; Medic circ. Lăzăreni jud. Bihor; Medic circ. Drăgăneşti jud. Bihor; Medic circ. Cuciuru Mic. Cernăuţi; Medic circ. Plaiul Cosminului Cernăuţi; Medic circ. Cişia jud Ceatea Albă; Medic circ. Pantelimon jud. Constanţa; Medic circ. Raşova, jud. Constanţa; Medic circ. Stejaru, jud. Caliacra; Medic circ. Mierea Birnici jud. Dolj; Medic circ. Moţăţei jud. Dolj; Medic circ. Melineşti jud. Dolj; Medic. circ. Rofiştea jud. Dolj; Medic circ. Urzicuţa jud. Dolj; Medic circ. Dâmboviţa; Medic circ. Dragomireşti jud. Dâmboviţa; Medic circ. Morteni jud. Dâmboviţa; Medic circ. Lipniţa jud. Durostor; Medic circ. Tg. Cărbuneşti jud. Gorj; Medic circ. Maghereşti jud. Gorj; Medic circ. Rovinari jud. Gorj; Medic circ. Beleusovca jud. Hotin; Medic circ. Dragalina jud. Ialomiţa; Medic circ. Roseşti jud. Ialomiţa; Medic circ. Grindaşi jud. Ialomiţa; Medic circ. Săveni jud. Ialomiţa; Medic circ. Radovan jud. Ialomiţa; Medic circ. Bujor, jud. Lăpuşna; Medic circ. Ieud jud. Maramureş; Medic circ. Oprişor jud. Mehedinţi; Medic Isverna jud. Mehedinţi; Medic circ. Lunca Bradului jud. Mureş; Medic Mera jud. Putna; Medic circ. Focşani Rurală jud. Putna; Medic circ. Teşila jud. Prahova; Medic circ. Ceraşu jud. Prahova; Medic circ. Bălţeşti jud. Puna; Medic circ. Răspopeni jud. Orhei; Medic circ. Murgeşti jud. R. Sărat; Medic circ. Leu jud. Romanaţi; Medic circ. Buchin jud. Severin; Medic circ. Cerneşti jud. Satu Mare; Medic circ. Salcia jud. Teleorman; Medic circ. Drăgăneşti jud. Teleorman; Medic circ. Movileni jud. Tecuci; Medic circ. Ungureni jud. Tecuci; Medic circ. Beşenova-Veche jud. Timiş; Medic circ. Moşniţa Nouă jud. Timiş;

Domnii medici cari întrunesc condiţiunile cerute de legea sanitară şi de ocrotire şi de decretul lege pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi doresc a ocupa aceste locuri vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela data înserării prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial, adică până la 1 Martie 1940.

Mişcare în corpul medical din serviciile Ministerului Sănătăţii

In corpul medical şi farmaceutic din serviciile ministerului sănătăţii s'a făcut următoarea mişcare:

D. dr. Alexiu Gheorghe, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic de T. B. C. la serviciul sanitar al municipiului Bucureşti.

D. dr. N. Rusu actual medic primar definitiv pentru T.B. C. la ambulatorul judeţean, se transferă definitiv în postul de medic de T. B. C. la serviciul sanitar al municipiului Bucureşti.

D. dr. Zugrăvescu Ioan se numeşte definitiv în baza art. 35 din legea sanitară pentru crearea Institutului de seruri şi vaccinuri «Dr. I. Cantacuzino», în postul de şef de secţie din secţia pentru studierea şi combaterea ştiinţifică şi socială a cancerului din Bucureşti.

D-na dr. Carmen Anghelide-Georgescu, medic primar definitiv cu concurs la maternitatea din Cernăuţi, se confirmă în conformitate cu art. 133 din decretul lege pentru organizarea ministerului sănătăţii în postul de medic director al acestei maternităţi.

D-nele dr.: Gădescu Jana, Vraca Vasilica, Răzvan Maria şi Ghizdăvescu Constanţa, actuale medici de circ. definitive la serviciul sanitar al municipiului Bucureşti, se transferă definitiv în interesul serviciului ca medici şcolari la acelaş serviciu sanitar în locul d-lor: dr. Ştefănescu Mircea, Constantin Florescu, Niţescu Alexandru şi Vasiliu Ilie, cari se transferă definitivi în posturile de medici de circumscripţie.

D. dr. Sonda Mihail, actual medic definitiv al spitalului Hârşova din judeţul Constanţa, se transferă definitiv în postul de medic al spitalului Mozăceni, jud. Argeş.

D-ra dr. Roitman Naftula, actual medic definitiv al circ. Beleuşovca, jud. Hotin, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Cobadin, jud. Constanţa.

D-na dr. Mateevici Weinberg Ruhla, acutal medic definitiv al circ. Săveni, jud. Ialomiţa, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Ţăndărei, acelaş judeţ.

D. dr. Mărgineanu Traian, în urma examenului dat şi a alegerii făcute, se numeşte stagiar în postul de medic al circ. Pietroasa, jud. Bihor.

D. dr. Hladiuc Trifan, actual medic definitiv al circ. Radovanu, jud. Ilfov, se transferă în aceeaşi calitate la circ. Culevcea, jud. Cetatea Albă.

Medicii stagiari mai jos menţionaţi, cari au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitivi în posturile ce le ocupă, după cum urmează:

D-na dr. Valeria Nicolau ca medic şcolar la serviciul sanitar al municipiului Bucureşti.

D. dr. Rădulescu Gheorghe, ca medic al oraşului Curtea de Argeş.

D-ra dr. Rozalia Marinescu la circ. Bumbeşti-Jiu, jud. Gorj.

D. dr. Vinkler Isidor la circ. Calamfindeşti, jud. Rădăuţi.

D. dr. Marin Popescu la circ. Făureşti, jud. Vâlcea.

D. dr. Ruşcă Oprea la circ. Păuseşti, jud. Vâlcea.

Medicii mai jos menţionaţi, îndeplinind limita de vârstă, se pun în retragere din oficiu pentru a-şi aranja drepturile la pensie:

D. dr. Herfurt George, medic primar al spit. Gârlaşi şi Maria Minculeasa din Buzău, pe ziua de 1 Aprilie 1940.

D. dr. Ţaţomir Vasile, medic de circ. urbană la serviciul sanitar al municipiului Iaşi, pe ziua de 1 Aprilie 1940.

D. dr. Weisz Isidor, medic la oraşul Gherla, jud. Someş, pe ziua de 1 Martie 1940.

Activitatea pe anul 1939 a Institutului Medico-Legal „Prof. Dr. Mina Minovici"

Institutul Medico-legal prof. dr. Mina Minovici, ne înaintează o statistică complectă a activităţei sale pe anul expirat. Extragem din ea următoarele date cari învederează deosebita sa importanţă atât juridică cât şi socială:

Autopsii	1090
Examene de loviri şi răniri	2219
Examene de atentate la pudoare	387
Examene de alienaţi	2128
Analize chimico-legale de organe, pete de sânge şi alcool, din Capitală şi întreaga ţară	678
Examene histo-patologice bacteriologice şi serologice, din Capitală şi întreaga ţară	690
Diverse expertize: preveniţi, martori, femei denunţate că au avortat, etc.	176
Rapoarte din ţară, controlate de comisia Medico-Legală	2155
Total	9523

Clasificarea cadavrelor după felul morţii este următoarea:

Morţi naturale	475

Sinucideri

Tramvai	1
Arsuri	2
Asfixii cu oxid de cărbune (mangal)	18
Inecări	7
Otrăviri	31
Spânzurări	4
Armă cu foc	19
Cale ferată	15
Răniri cu cuţitul	5
Aruncări dela înălţime	13
Total	156

Accidente şi omoruri prin imprudenţă

Automobile	76
Tramvai	17
Cale ferată	40
Căruţe, Motociclete, etc.	12
Armă cu foc	7
Arsuri	31
Inecări	25
Electrocuţiune	9
Oxid de cărbune	7
Otrăviri	6
Asfixie cu materii alimentare	1
Accidente diverse:	
loviţi de ascensor	3
căderi dela înălţime	26
căderi pe scară, pe ghiaţă, loviţi de animale, etc. etc.	37
Accidente de muncă:	
căderi dela înălţime, surpare de mal, explozii de motor, etc.	20
Total	317

Crime

Loviri şi răniri cari au cauzat moartea	19
Omucideri	28
Asasinate	4
Pruncucideri	16
Avorturi provocate urmate de moartea mamei	29
Avorturi de embrioni şi fetuşi	46
Total	142

BIBLIOGRAFII

Manuel pratique de l'infirmière soignante par M-lle **M.-L. Nappée.** Préface du *Dr Delassus* deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 400 pagini cu 170 figuri 36 fr.

Infirmiera trebue să cunoască toate preceptele, toate procedeele, toate resursele artei medicale; din contră ştiinţa nu-i este utilă decât în măsura în care-i desvoltă inteligenţa şi pentru a o permite de a evita automatismul gesturilor cari i se cer.

Planul lucrărei este simplu. După un capitol preliminar asupra misiunei infirmierei, autoarea ia bolnavul din spital, arată cum i se face patul, toaleta zilnică, îi asigură alimentaţia după prescripţiunile dietetice, supraveghiază respiraţia, pulsul, temperatura, urinele.

După indicaţiunile de medicină curentă, trece la chirurgie unde sterilizarea, pansamentele, îngrijirile pre şi postoperatorii reţinându-i atenţiunea. In urmă sunt noţiunile de anestezie generală, o expunere asupra îngrijirilor de dat femeilor leuze, nouilor născuţi, precauţiunile de luat la contagioşi, şi câteva ajutoare de urgenţă.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8,

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

In afecţiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii, în special pneumonie, abces pulmonar, broncho-pneumonie, pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie, remediul suveran

Camfalcol inj.

Camfor — Alcool — Glucoză

Pentru injecţiuni intravenoase.

20—80 cc. pe zi, după gravitatea cazului.

Medicaţie salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulţi şi copii

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

Profilaxia şi tratamentul infecţiunilor căilor respiratorii la adulţi şi la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecţiuni intramusculare

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicaţiuni pulmonare postoperatorii, etc., etc. !!!

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600-800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicilic, acid phenilcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY-Praga

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

URALYSOL

Acid Timinic — Citrat de Hexametilen Tetramină — Hexametilen Tetramină — Dietilen Diamina — Carbonat de Litină — Benzoat de Sodiu — Excipient Q. S. P.

Tratamentul diatezei reumatice
Dizolvant şi eliminator puternic al acidului uric

Elementul fundamental al acestui preparat, îl constitue Acidul Timinic, dizolvantul natural al Acidului Uric.

Citratul de Hexametilen Tetramina şi Hexametilen-Tetramina asigură antisepia căilor urinare şi biliare.

Dietilen Diamina funcţionează ca eliminator al Acidului Uric.

Carbonatul de Litină activează diureza.

Benzoatul de Sodiu este antiseptic al aparatului urogenital şi colagog în doza biliară.

INDICAŢIUNI:

URALYSOL este indicat în toate maladiile urice:

Artritism, Gută, Reumatisme, Gravelă, Hipertensiune, Arterio-Scleroză, Colici hepatice şi nefritice, Anumite Dermatoze (Eczeme-Herpes), Cistite, Pielite, Nevralgii, Migrene, Urticarii.

FORMA ŞI MODUL DE INTREBUINŢARE:

URALYSOL se prezintă sub formă de granule cu gust foarte plăcut şi se ia în dozele următoare:

ADULŢI: Dimineaţa şi seara câte una linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar plin cu apă.

COPII: Dimineaţa şi seara câte $^1/_2$ linguriţă cu granule dizolvate într'un pahar plin cu apă.

In afecţiunile cronice, se va face în medie o cură de 12 zile pe lună; primăvara şi toamna 20 zile pe lună.

LABORATOIRES LOBICA — PARIS

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei BUCUREŞTI III Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 5 — 10 Lei Exemplarul — 1 Martie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Înscris sub No. 141/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Triţu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239.43

BIBLIOTECA CENTRALĂ A „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. V. T. IONESCU şi Dr. T. VEBER: *Asupra prezenţei hematozoarului palustru în măduva osoasă în cursul paludismului cronic.* . . 49

Dr. M. ALEXANDROV şi Dr. C. CRIŞAN: *Valoarea curativă a Crysoterapiei* 50

REVISTA CĂRŢILOR

Docent Dr. Liviu Câmpeanu: Boala Post-operatorie, Reforma Tratamentului Chirurgical, recenzat de Dr. T. Ionescu 57

Pagina

CRONICI

Profesor Dr. P. TOMESCU: *Aniversarea de 60 de ani a revistei «Spitalul»* 53

PROBLEME SANITARE

Dr. I. BORDEA: *Probleme sanitare. Orientări şi desorientări.* . . . 54

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Intemeierea Muzeului şi Laboratorului de Antropologie al Facultăţei de Medicină din Bucureşti; Adunarea generală a Asociaţiei pentru desvoltarea relaţiunilor medicale; Filme ştiinţifice româneşti; Locuri de medici vacante la Asigurările Sociale; Personalul didactic al Şcoalei de Surori a Spitalului Central din Bucureşti; Noua conducere a Societăţei de Chirurgie din Bucureşti 58

Mişcare în corpul medical al Ministerului sănătăţei. 60

Pagina

NECROLOG

Dr. Eiselsberg. scris de Dr. S. Ţovaru 56

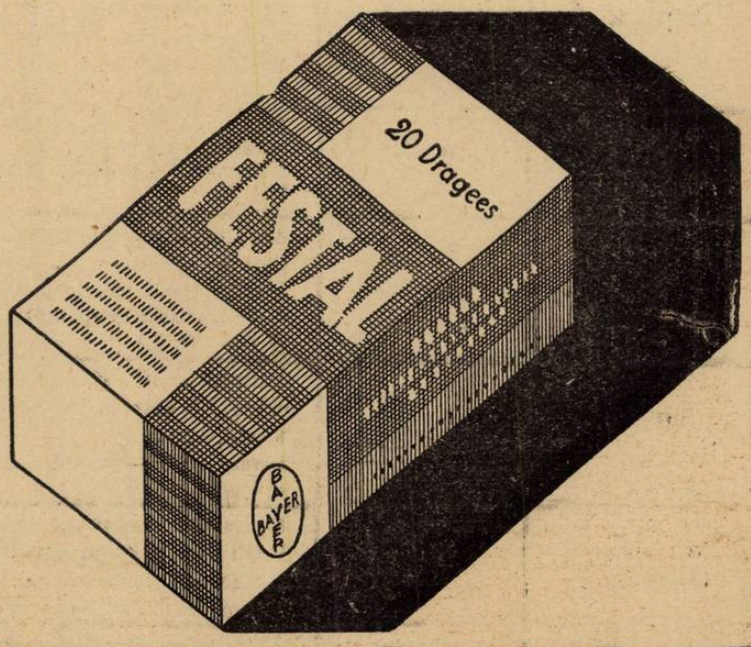
Dr. Const. Tănăsescu, scris de Dr. Ion Gancevici 60

In flatulenţă, aerocolii, dispepsii, insuficienţe pancreatice

Festal

preparat conţinând fermenţi sub formă precis dozată, necesari pentru descompunerea albuminei, a grăsimilor, a hidraţilor de carbon şi a hemicelulozei.

AMBALAJE ORIGINALE: Flacoane cu câte 20 şi 50 drageuri



»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Berdet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diferică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. St. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

V I T A P L E X

Vitamine „CHINOIN"

Numele preparatului	Substanţa activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A.	**Vitamina A.**	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ A+D_2	„ A+D_2	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B_1	„ B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete*: tuburi cu 20 buc. *Injecţii*: cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C	„ C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete*: tuburi cu 10 buc. *Injecţii*: cutii cu 5% 5×1 cmc / 5×2 cmc. „ „ 10% 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D_2 (Devitol)	„ D_2	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	În comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E	„ E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=concentraţia în vitamine a 2 gr. germene grâu.	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANA CHIMICĂ" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

Tratamentul preventiv şi curativ pe cale bucală al infecţiilor polyvalente.

VIASEPT

PARA - AMINO - PHENYL - SULFAMID

Comprimate de 0,25 gr.

In toate infecţiunile STREPTOCOCICE, STAFILOCOCICE, GONOCOCICE şi COLIBACILARE.

Produs incolor, insipid, netoxic, bine tolerat de tubul digestiv.

Posologie:

Adulţi:	6—10	comprimate pe zi.
Copii de 5—12 ani:	3—5	„ „ „
Copii de 2—5 „	1—3	„ „ „
Sugaci: 1/2—1		„ „ „

Eşantioane şi Literatură la cerere.

Laboratoriile „VIA“ Strada G. D. Palade No. 26, BUCUREŞTI Tel. 299/36.

KEROSAL

Un salicilat de sodiu care nu irită stomacul

Dragele keratinizate a 0,50 ctgr. solubile numai în intestin

ANTIREUMATIC, ANTITERMIC, ANALGESIC.

Posibilitate de absorbţiune a unor doze zilnice mărite fără nici un fel de iritaţiuni gastrice.

Dozare ideală. Impregnare continuă a organismului graţie disolvărei lente a dragelelor în intestin.

Evitarea tuturor manifestărilor secundare ca: ameţeli, inapetenţă, etc.

Cutii cu 50 şi 100 dragele.

Eşantioane şi Literatură la cerere.

Laboratoriile „VIA“ Strada G. D. Palade No. 26, BUCUREŞTI Tel. 299/36.

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul științific, BUCUREȘTI, Str. Doamnei I/II

Schering

Pentru hemostază

Manetol

In hemoragii ale tractului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale și vezicale

Ca profilactic înainte de operațiuni și pentru prevenirea hemoragiilor post operatorii

Ambalaje originale: Cutii conținând 5 fiole uscate de câte 10 unități biologice + 5 fiole de câte 2 cmc. apă distilată sterilizată.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-92-86, Sucursala: Cluj, Calea Moților, 18 Tel. 37-22.

Anul XVIII. No. 5 10 Lei Exemplarul 1 Martie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

ASUPRA PREZENȚEI HEMATOZOARULUI PALUSTRU IN MADUVA OSOASA IN CURSUL PALUDISMULUI CRONIC

de Dr. V. T. IONESCU și Dr. T. VEBER
Asistenți la Facultatea de Medicină din București

Punctia sternală simplificată de către Arinkine în 1928, pune la dispoziția clinicianului și laboratorului o metodă nouă pentru diagnosticul și studiul etiologic al unui întreg grup de maladii ale sângelui. Importanța metodei devine cu atât mai mare cu cât myelograma este pe cale de a lămuri anumite sindrome sanguine iar medulocultura sau examenul bacteriologic și parazitologic al măduvei osoase contribuesc la determinarea etiologiei și tind la explicarea tabloului clinic al anumitor sindrome infecțioase. Astfel *Lemièrre, Laporte, Brocard* și *Frumușan*, în două cazuri mortale de agranulocitoză au găsit în abundență streptococ în măduva osoasă. In cursul tuberculozei evolutive, s'a izolat bacilul Koch prin însămânțări din măduva osoasă pe mediul lui *Loewenstein. (Bezançon, Braun* și *Mayer* — Revue de la Tuberculose No. 1, 1938).

In febra tifoidă, prezența bacilului tific se arată atât de constant în myelocultură, încât autori ca *Debré* și de curând *A. Landau, Baer* și *Gryfenberg* (Presse Médicale No. 6—7, 1940), preconizează această metodă pentru diagnosticul infecțiunilor ebertine. In medicina tropicală, punctia sternală tinde să joace un rol important în depistarea anumitor maladii. Astfel, *Ghedim*, încă din 1908, a propus biopsia tibială ca mijloc de examinare a măduvei osoase, pentru diagnosticul malariei și leishmaniozei.

Benhamou și *Nouchy* (Soc. de méd. d'Alger, Nov. 1936), *Young* și *Osgood* (Arch. Int. Méd. 1935, No. 55) au constatat existența protozoarului în măduva osoasă a bolnavilor atinși de paludism acut sau cronic.

Mai recent, *Lebon, Manceaux* și și *Fanjeux* (Le sang, 1939) spun că punctia sternală pare să joace un rol de prim ordin în descoperirea leishmaniozei. «In cazurile suspecte, examinate, frotiurile de măduvă sternală furnicau de paraziți în timp ce frotiurile dermice și din sângele periferic erau negative» (pag. 337). Aceleași rezultate le publică *A. Schretzenmayer* (Arch. f. Tropen Hygiene — No. 4, 1938) în Kala-azar și paludism.

H. C. Voorhoeve (Haematologica t. 18, pag. 739) publică două cazuri foarte interesante: la un copil cu nefroză și la un om cu puseuri febrile periodice, anemie și splină mare, nu s'a putut decela prezența parazitului malariei în sângele periferic la examene repetate. O punctie sternală a arătat imediat natura acestor maladii: în primul caz s'a găsit malarie quartă iar la al doilea malarie terță. *P. Emil Veil* și *S. Perlès*, în tratatul lor asupra «Punctiunei Sternale» (Masson 1938) spun: «noi n'am putut încă să punem în evidență parazitul în măduvă, dar numeroși autori algerieni au descoperit pe frotiuri de măduvă, hematozoarul.... In cazurile mai puțin frecvente în care sângele nu poate da răspuns afirmativ, punctia sternală poate oferi mijlocul cel mai sigur și cel mai rapid de a obține diagnosticul etiologic». (pag. 155).

In ultimul timp am avut ocazia să examinăm și să îngrijim la Institutul Maternitatea din Spitalul Filantropia, o tânără femee, intrată pentru anemie gravă și febră continuă.

Obs. — Femeea Paşa D. de 18 ani însărcinată în luna 7-a locueşte în Jud. Ismail, în regiune cu bălți.

Antecedentele fiziologice și patologice normale.

Primpară, ultima menstruație a avut-o în Februarie 1937.

Sarcina a fost bine suportată până în Septembrie când încep primele frisoane ce se succed zilnic. Bolnava slăbește treptat, capătă ameteli. dispnee de efort și oedeme.

Intră în serviciul Maternității la sfârșitul lui Septembrie în starea următoare: mucoasele și tegumentelr complect decolorate, bufisura feței și oedeme ale membrelor inferioare. Insărcinată în luna 7-a cu prezentație craniană.

Examenul sângelui la 28 Septembrie:

No. hematiilor — 1.610.000 pe mm³; No. leucocitelor: 7300 pe mm³. Formula leucocitară: P. N. 72%, E. 2%, l. 12%, L. 6%, M. 8%. Globula roșie prezintă mare anizocitoză și poikilocitoză; se găsesc frecvenți schizonți tineri, micro și macrogameți de pl Vivax și rari gameți în semiluna de pl. malarine. R. Wasserman, negativă.

In urma acestui rezultat. bolnava este tratată timp de zece zile cu chinină și injecții cu sulfarsenol: febra scade, frisoanele dispar însă starea generală se menține foarte rea: oedemele se generalizează deși funcțiunea renală este bună (ureea în sânge: 0 gr. 20 la litru, urme nedozabile de albumină, nimic în sedimentul urinar), iar globulele roșii scad la 1.370.000 pe mm³. Pe frotiuri se mai găsesc numai rari gameți în semilună.

Pentru aceste motive supunem bolnava la un tratament cu transfuzii sanguine repetate de câte 200—250 cc. și chinina, tratament care aduce o ameliorare considerabilă în starea bolnavei: oedemele dispar complect, pielea și mucoasele se colorează, numărul gl. roșii crescând la 2.750.000 la 7.XII.1937. Până la acea dată bolnava primise cinci transfuzii sanguine. Peste câteva zile femeea naște un copil femenin în greutatea de 2,700 kg. copil care se va desvolta normal. La examenul sângelui copilului nu s'a găsit hematozoarul paludic.

După naștere femeea rămâne apiretică, făcând rar, la 3—4 zile un mic croșet de 37,2—37,5, starea de anemie revine însă treptat deși la examenul sângelui nu se mai găsește prezența parazitului. Bănuind o anemie de ordin pernicios fecem bolnavei o punctie sternală cu următorul rezultat: Myelograma: myeloblasti 2%, Promyelociți 8%, Myelociți 12%, Metamyelociți 8%, p. neutrofile 15%, p. eosinofile 4%. lymfocite mici 4%, lymfocite mari 5%, monocite 2%, celule Ferrata 3%, normoblaști bazofili 21%, normoblaști oxifili 12%, în kariokineză 3%.

Pe frotiuri se găsesc frecvenți gameți în semilună, deși examenele sanguine repetate pe lame întinse și în picătură groasă, dăduseră rezultat negativ. Se prescrie bolnavei un tratament cu atebrină, plasmochin și opoterapia hepatică. Nu putem urmări bolnava până la deplina vindecare, deoarece părăsește serviciul la 24.XII.937, după cereri insistente.

In rezumat este vorba de o femee gravidă care din luna 6-a suferă de o infecțiune paludică mixtă cu febră terță și quartă, urmată de anemie gravă. Tratată cu chinină și transfuziuni repetate, se ameliorează în așa stare încât poate duce sarcina la termen, născând un copil care va trăi. După sarcină, starea de anemie revine iar parazitul paludic, dispărut din sânge, este găsit în cantitate apreciabilă în măduva osoasă.

Această constatare făcută prin punctie sternală, dovedește că în cursul paludismului cronic nu numai splina constitue rezervorul de rezistență al parazitului ci și măduva osoasă, iar anemia, uneori gravă, poate fi datorită și acțiunei directe a parazitului asupra măduvei roșii.

In concluzie punctia sternală constitue o metodă ajutătoare în diagnosticul paludismului cronic, în special când examenele sângelui periferic sunt negative, cu atât mai mult cu cât necesită o tehnică simplă, lipsită de orice nocivitate pentru bolnav.

Valoarea curativă a Crysoterapiei

de Dr. M. ALEXNDROV Medic primar și Dr. C. CRIȘAN Medic secundar ai Sanatoriului Aiud (Alba).

Crysoterapia tuberculozei este o achiziție ştiințfică recentă, deşi în mod empiric aurul a fost întrebuințat în scop terapeutic din secolul XVI (Paracelsius), fără însă ca această metodă să aibă bază ştiințifică şe experimentală. Deabia, după *Ehrlich*, creatorul chimioterapiei, care a inspirat cercetările în această direcție şi după *Koch* care în 1890 a demonstrat că cianura de aur are un efect inhibitor extraordinar în diluții enorme asupra bacilului tuberculozei, urmează faza de experimentare ştiințifică, ilustrată în special prin lucrările lui *Feldt*. Ca metodă clinică însă crysoterapia ia naştere numai în 1924 graţie lucrărilor lui *Molgaard* şi *Kund-Sécher* din Copenhaga, care introduc Sanocrysina, după experienţe în vitro şi pe bovidee, în arsenalul terapeutic al tuberculozei umane. Indicaţiile şi pozologia Sanocrysinei nefiind însă puse la punct, numeroase accidente ivite determină, după prima fază de entuziasm, o discreditare a metodei, care este reabilitată însă în cea mai mare parte graţie lucrărilor lui *L. Bernard*, urmat de *Ameuille, Dumarest, Mollard, Sayé, Belfost, Jaquerod* şi *Cardis, Schröder etc.* In ultimii ani crysoterapia se generalizează pretutindeni, câştigând o amploare mereu crescândă. La noi e introdusă în 1927 de *Irimescu*, la Bucureşti şi în 1929 de Daniello la Cluj, pentru ca astăzi să se practice pe scară întinsă în toate serviciile mai importante de specialitate.

* * *

Compuşii sintetici de aur pentru a putea fi întrebuinţaţi, trebue să întrunească o serie de condiţiuni conforme cu principiile chimioterapiei stabilite de *Ehrilch*. In primul rând trebue să aibă solubilitate şi difuzibilitate mare pentruca introducerea lor în organism să fie uşoară; în al doilea rând metalul trebue să fie disimulat într'un grup chimic complect şi stabil pentru a se evita ionizarea, ionul metalic liber fiind toxic; pe urmă descompunerea produsului în organism să se producă fără formarea altor complicaţii toxice; în sfârşit produsul trebuie să se elimine din organism încet.

Sărurile de aur propuse de diverşi cercetători sunt împărţite în minerale organice şi complexe.

Dintre sărurile minerale, locul de frunte ocupă tiosulfatul dublu de aur şi de sodiu, numit Sanocrysină, descoperită încă de *Fordos* şi *Gélis* în 1845, dar purificată şi introdusă în practică de *Mollgaard* în 1924. Sanocrysina conţine 37.35% aur, se prezintă sub formă de cristale albe, solubile în apă, soluţia de 5% fiind isotonică în sânge, se dizolvă în momentul întrebuinţării şi se administrează intravenos. Preparate cu compoziţie identică mai sunt: thiocrizina *(Saravonat)*, crisalbina *(Fourneau)*, orosonilul sau aurosanul *(Spies)* şi necarolul (preparat românesc al prof. *Manta)* având *aceleaşi proprietăţi.*

Sanocrysina în suspensie oleioasă— oleosanocrysina se administrează intra-muscular. Alte compoziţii minerale sunt chimioarolul sau neosanocrysina *(Trumbell)* cu 23% aur.

Sărurile organice sunt crysolganul sau supragalul *(Feldt)* având forma unei pudre gălbui, solubil în apă, conţine 50,97% aur, se injectează intramuscular; solganalul *(Feldt)* cu aspectul unei pudre brune, solubil în apă cu 36.50% aur, se administrează intravenos; solganalul B *(Feldt)* o aurothioglucoză având aspectul unei pudre galbene, solubil în apă, conţine 50% aur foarte activ, de toxicitate neînsemnată, se administrează în suspensie uleioasă de 2% şi 20% intramuscular; allocrysina *(Lumière)* amorfă şi de culoare albă, solubilă în apă, conţinând 33.73% aur, activă şi puţin toxică, se injectează intramuscular; tripholul *(Hoechst)*, pudră galbenă solubilă în apă cu 43.35% aur, injectabilă intravenos; lopionul *(Maister-Lucius)*, pudră brună, solubilă în apă, cu 43% aur, se dă intravenos; limpurolul sau campodithiocarbonat dublu de aur şi de sodiu *(Lecocq)*, liposolubil, de culoare roşie-brună, conţine 27% aur, activ şi puţin toxic; mioralul-pulbere roşie, conţine 64,16% aur, insolubil în apă, se administrează intramuscular în suspensie oleioasă.

Sărurile complexe cari pe lângă aur conţin alte substanţe cărora li se atribuie o asemenea acţiune curativă, sunt: neocrysol *(Castelli)* conţinând aur şi arsenic, aurophosul conţinând aur şi fosfor, crisyiodolul compus de aur, iod, calciu şi stronţiu.

Dintre produsele româneşti pe lângă neoarolul sus amintit, notăm tisorul *(Oeriu şi Bălănescu)* conţinând aur şi acid salicilic, solubil în apă, puţin toxic, se administează în soluţie apoasă intramuscular sau intravenos.

* * *

Pentru apecierea valoarei combinaţiunilor chimice, *Ehrlich* propune un text reprezentat prin aşa numitul indice terapeutic care este raportul între doza maximă tolerată şi doza minimă capabilă să producă un efect curativ. Cel mai mare indice terapeutic are solganalul B. fiind foarte puţin toxic. La toate preparatele de aur ce se întrebuinţează astăzi doza minimă curativă este mai mică decât doza maximă tolerată.

Metabolismul sărurilor de aur cuprinide studiul absorbţiei, eliminării şi fixaţiunei lor în organism. Absorbţia este în funcţie de calea de administrare; este indicată după injecţie intravenoasă mai lentă după injecţie intramusculară a soluţiei apoasă (cânistrare; este imediată după injecţie intramusculară cu suspensie sau soluţie uleioasă (6—7 zile).

Ajungând în circulaţie sărurile de aur se dizolvă în plasmă, nefiind absorbite de globulele roşi. Din sânge în parte sunt eliminate, în parte se fixează în ţesuturi. Partea care se fixează în ţesuturi este aproximativ de 35% într'un organism sănătos şi 60% într'un organism tuberculos, ţesuturile tuberculoase fixând mai intens aurul. Partea care se elimină fără a fi fixată, părăseşte organismul prin urină (75 — 80%), prin fecale (15 — 20) şi cantităţi mici prin sudoare sau spută. Ritmul eliminării este proporţional cu cel al absorbţiei. Partea care se fixează în organism este reţinută în cea mai mare măsură în ficat (hepatotropismul aurului), mai puţin în splină, rinichi, pulmon, ţesutul muscular şi sistemul nervos.

Ţesutul reticuloendotelial în special prezintă o putere considerabilă de fixare a aurului.

* * *

Modul de acţiune al sărurilor de aur deşi nu este clarificat, pare a fi sigur că efectele lor nu se produc în mod direct; în vitro aceste produse posedă o putere bactericidă foarte redusă. Se admite deci că acţiunea asupra infecţiei a produşilor aurici se efectuiază indirect, pirn intermediul ţesuturilor şi în special al celui reticuloendotelial.

Privitor la mecanismul acţiunii indirecte s'au emis două teorii: Teoria bactericidă indirectă susţine că sărurile de aur ajută ţesuturile să creieze substanţe bacteriolitice, stimulând puterea lor; elementul de atac este deci amestecul complex al ţesuturilor şi al sărurilor de aur.

Teoria catalitică susţine că graţie rolului fermentativ al sărurilor de aur, pulmonul distruge cu rapiditate substanţe chimice anormale, atomul metalic precipitând autoliza, prin care se pune în libertate şi bacteriolizine.

* * *

Indicaţiile auroterapiei, aproape nelimitate la început, actualmente mai restrânse, nu se pot totuşi schematiza, acţiunea produşilor aurici fiind inconstantă şi rezultatele variabile. Succesul auroterapiei depinde în mare măsură de aurosensibilitatea perso-

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tuse

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro **dosi** ¼—½ din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.,

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

nală a bolnavului; este un factor necunoscut, care intervine şi hotărăşte soarta fiecărui caz. Unii autori (*Dumarest, Hinault, Mollard* etc.) preconizează indicaţiuni largi, în toate formele, în afară de stadiul foarte înaintat, alţii (*L. Bernard, Sayé* etc.) indică auroterapia în special în tuberculoza recentă evolutivă şi în puseuri evolutive al ftiziei, în sfârşit o seamă de autori (*Pruvost* şi alţii) o indică în forme cronice, puţin evolutive cu febră mică.

Cadrul indicaţiunilor auroterapiei deci este destul de larg, cu condiţia ca să fie aplicată în mod potrivit în fiecare caz dat. In formele recente infiltrative fără un ramolisment încă neorganizat fibros se pot obţine rezultate evidente. In unele cazuri rezultatele obţinute pot permite să se dispenseze de colapsoterapie, care însă se impune când rezultatele auroterapiei întârzie. In formele nodulare deasemenea auroterapia poate fi recomandată. Auroterapia este în deosebi utilă în bilateralizări ivite în cursul colapsoterapiei, putându-se evita într'un număr de cazuri colapsoterapia bilaterală. Se asociază colapsoterapiei şi atunci când acesta nu este complect eficace. Auroterapia trebue să se asocieze de cura igieno-dietetică în cele mai multe cazuri. In general această metodă nu este menită să înlocuiască ci să complecteze alte metode.

In tuberculoza laringiană se poate aplica auroterapia în cazuri incipiente, nu prea întinse.

In tuberculoza infantilă este indicată în formele gangliopulmonare, adenopatie cu congestie perihilară, în formele granulice cu localizări extrapulmonare. In tuberculoza pleurală poate fi utilă după exudat putând fi adeseori leziuni pulmonare; poate scurta pleureziile postpneumotoracice; fluidifică uneori colecţiuni purulente. Nu înlocueşte ci complectează numai metodele mecanice.

* * *

Contra-indicaţiunile formale ale auroterapiei constitue intoleranţa idiosincrasică individuală, tuberculozele înaintate cât şi formele septicemice maligne, iar de altă parte cazuri când tuberculoza evoluiază aşa de favorabil, încât aplicarea aurului e inutilă,— când un alt tratament (pneumotorace) de ex.) este complect eficace sau leziunile se prezintă clinicește vindecate ori inofensive şi definitiv fixate. Turburările gastro-intestinale nu prezintă indicaţiuni categorice, se recomandă însă o deosebită prudenţă în astfel de cazuri.

Turburări renale sunt contra indicaţie când leziunile rinichiului sunt mai grave, albuminuriile şi chiar procesele inflamatorii uşoare nu contraindică auroterapia, dacă este aplicată prudent.

Turburări hepatice deasemenea, când sunt uşoare sau latente, permit auroterapie prudentă, cu tot hepatotropismul aurului.

Laringitele constitue contra-indicaţiuni numai când sunt mutilante.

Nu contra-indică auroterapia vreo anumită vârstă, graviditate sau maladiile asociate, ca sifilisul sau diabetul.

* * *

Technica, pozologia şi *conduita tratamentului auric* constitue cea mai delicată şi discutată parte a metodei.

Preparatele de aur ce se întrebuinţează în prezent sunt de trei feluri: soluţiuni apoase care se realizează de obiceiu în momentul întrebuinţării (tip: sanocrysina), suspensi uleioase ce se pot prepara din orice sare de aur (tip: solganal B. uleios) şi soluţiuni uleioase cari sunt mai greu de realizat şi menţinut stabile (tip: lipaurol).

Căile de administrare sunt variate.

Calea intravenoasă este nedureroasă şi asigură absorbţie imdiată, dar pătrunderea rapidă şi efectul brutal pot produce accidente imediate (şoc, crize nitritoide, turburări vasomotorii). Calea intramusculară asigură pătrunderea şi absorbţia mai lentă, efectul mai puţin brutal şi mai durabil; permite evitarea accidentelor. Calea intrapleurală şi intraperitoneală sunt mai puţin preferate, efectele fiind dubioase şi inconstante.

Calea cutanată şi bucală nu se întrebuinţează, cea rachidiană deşi încercată, n'a dat rezultate.

Inaintea fiecărei injecţiuni este necesar să se controleze toleranţa bolnavului faţă de injecţia precedentă, se va examina curba termică, tegumentele, cavitatea bucală, urina, se recomandă şi controlul hematologic (euzinofilia).

Pozologia auroterapiei a prilejuit multe discuţii. Sunt trei metode principale: a dozelor mari, mijlocii şi mici.

Metoda dozelor mari, daneză originală: *Kund-Sécher* administrează câte 0.50—1 gr. tot la trei zile până la doza totală de 8—10 gr.; *Ameuille Heinault* şi *Mollard* după două doze de încercare à 0,5 şi 0,10, administrează deodată câte 0,50 de două ori pe săptămână, până la doza totală de 8—10 gr. Suspensiuni uleioase se dau de trei ori pe săptămână câte 0,30.

Metoda dozelor mijlocii a fost preconizată de *L. Bernard*, care administrează tot la 4—8 zile doze crescânde dela 0,03 — 0,0,5 până la 0,25 — 0,50, cantitatea totală 3 — 7 gr. Intre serii recomandă doze de întreţinere câte 0,25 la 8 — 14 zile. Metoda dozelor mijlocii e însuşită de cei mai mulţi.

Metoda dozelor mici a lui *Dumarest* constă în administrarea următoarelor doze: 0,03; 0,05x2; 0,10x2; 0,15x2; 0,20x2 şi câte 0,25 până la doza totală de 3 grame. La vrâstnici sau slăbiţi se dă numai 0,05 şi 0,10. Intre serii respectă pauza de 6 — 8 săptămâni. In ultimul timp *Dumarest* aplică şi metoda dozelor mijlocii.

Sayé preconizează pozologia mixtă; el deosebeşte tratamentul de probă pentru a explora toleranţa (doze mici de 0,01 — 0,15 tot la 4 — 11 zile, tratamentul complimentar pentru a complecta alte metode (doze de 0,05—0,60 la intervale progresive de 4 — 16 zile) şi tratamentul curativ (0,05 — 1 gr. la 4 — 16 zile).

Actualmente se admite în genere că tratamentul trebue individualizat metoda descrisă servind numai ca indicaţiuni generale. Pentru individualizarea dozajului suntem ajutaţi de cunoaşterea noţiunilor de aurotoleranţă, aurosensibilitate şi aurosaturaţie. Aurotoleranţa este capacitatea organismului de a suporta fără accidente preparate de aur; trebuie deosebită de intoxicaţie, căci intoleranţa este personală oricare ar fi doza, iar intoxicaţia pentru o anumită doză este generală; aurotoleranţa ne poate indica fie întreruperea, fie limitarea dozelor şi mărirea intervalelor. Aurosensibilitatea este proprietatea organismului de a reacţiona favorabil injecţiilor de aur, este personală, căci doza care produce ameliorarea variază dela un bolnav la altul; aurosensibilitatea ne poate indica progresiunea dozelor şi cantitatea totală, fiind mărită până la obţinerea efectului. Aurosaturaţia se iveşte când organismul, pe măsura acumulării medicamentului începe să reacţioneze; depinde de doze, nu de persoane; aurosaturaţia ne serveşte pentru determinarea şi limitarea cantităţilor totale.

Individualizând tratamentul trebue să ţinem seama şi de greutatea individului.

* * *

Accidentele şi complicaţiile auroterapiei sunt numeroase, însă nu toate sunt grave. S'a crezut la început (*Mollgaard*) că sunt datorite punerii în libertate de toxine bacilare, adică unei toxemii. *Feld* emite teoria anafilactică, după care auroterapia favorizând autoliza, albuminele rezultate provoacă fenomene de ipersensibilitate. *Capuani* crede că accidentele se produc fără blocajul sistemului reticulo-endotelial.

Astăzi se admite pentru explicarea accidentelor următoarele posibilităţi: biotropismul lui Milian care constă în urma dozelor insuficiente; intoxicaţia aurică, când doza maximă tolerată e depăşită; intoleranţa individuală faţă de aur care este un fel de idiosincrasie; *Hinault* şi *Mollard* cred că există şi o intoleranţă câştigată prin sensibilizarea progresivă a organismului faţă de aur şi care este trecătoare.

Accidentele imediate sunt: şocul care

se observă după injecţii intravenoase, mai ales când dozele sunt masive, actualmente se întâlneşte cu mult mai rar ca la începutul crysoterapiei. Tot în legătură imediată cu injecţia se observă turburări vasomotorii (furnicături, ameţeli, roşeaţa feţii) şi greţuri. Reacţiunile febrile sunt destul de frecvente, febra durează câteva ore sau chiar 2 — 3 zile.

Turburările digestive sunt frecvente şi constau în anorexie, greţuri şi diaree, uneori scurte, alteori prelungite, nu implică întreruperea auroterapiei decât când sunt grave. Turburări hepatice, uneori icter, sunt mai puţin frecvente.

Turburările renale constă de cele mai multe ori în albuminurii uşoare sau nefrite uşoare, cari nu contraindică auroterapia, uneori însă îmbracă forme mai grave, incompatibile cu aceasta.

Manifestaţiuni mucoase şi cutanate sunt numite «auride». Stomatita aurică este generalizată cu aspect lichenoid albicios, mai rar ulceroasă. Accidente cutanate sunt precedate de regulă de prurit, pot fi eritematoase (tip: rugeolic sau scarlatinos) localizate sau generalizate, terminându-se cu desquamaţie; alte ori sunt mai grave eritrodermii, de durată lungă (5 — 6 săptămâni) cu temperatură, prurit intens, alterarea stării generale; s'au observat şi pigmentaţiuni tardive (Handsberg) localizate mai ales la faţă de (chrysocianoze).

Accidentele sanguine: anemii grave după doze mari; purpura simplă sau hemoragică agranulocitoze rare, dar foarte grave (65% mortalitate).

Parie şi *Mollard* au constatat că diferite accidente ale auroterapiei sunt precedate de modificări sanguine, dintre care cea mai caracteristică este eozinofilia, care poate trece de 8%; ar fi deci un indiciu pentru întreruperea tratamentului.

Dintre substanţele desensibilizante pentru prevenirea accidentelor se întrebuinţează intravenos hiposulfitul de magneziu şi cel de sodiu, contra insuficienţei hepatice se recomandă opoterapia hepatică şi gluconat de calciu sau glucoză.

* * *

Valoarea curativă, adică efectele şi rezultatele clinice ale crisoterapiei sunt recunoscute de cei mai mulţi ftiziologi. Pentru a putea judeca valoarea curativă în general, vom analiza efectele auroterapiei după simptomele subiective şi obiective.

Starea generală se ameliorează într'un număr important de cazuri, bolnavul are o senzaţie de euforie, respiraţia se uşurează, dispneea diminuă, tachicardia la fel.

Temperatura are tendinţă să scadă într'un număr de 40 — 60% a cazurilor. Se moderează şi transpiraţiunile nocturne. Greutatea corpului nu este influenţată în mod constant. Tusea şi expectoraţia de cele mai multe ori se ameliorează (în 33,5% după *Cardis* în 60% după *Hinault*).

Dispariţia bacililor este un semn preţios de ameliorare după auroterapie. Bacilii dispar în 32% după *Sayé*, în 25% după *Cardis* şi în 50% după *Ameuille*. Semnele statacustice de asemenea regresează sau dispar în multe cazuri.

Modificările radiologice sunt de cea mai mare valoare pentru interpretarea rezultatelor, cu toate că nu întotdeauna tabloul radiologic corespunde stării leziunilor. Unele varietăţi de umbre sunt mai susceptibile să regreseze, cum ar fi infiltrare de densitate moderată (exudative); nu arare ori dispar şi cavităţi recente împreună cu infiltratele înconjurătoare, nu este exclusă diminuarea sau dispariţia chiar a cavităţilor mai vechi; dintre umbrele nodulare, mai regresibile sunt cele noui. Ameliorarea radiologică se poate produce nu numai prin regresiunea sau dispariţia umbrelor, dar şi prin înlocuirea lor cu ţesutul fibros cu aspectul lui caracteristic şi retracţii.

Modificarea probelor de laborator, în afară de baciloscopie se referă la viteza de sedimentare şi la compoziţia sângelui.

Rezultatele favorabile ale auroterapiei sunt demonstrate prin mai multe statistici dintre cari mai importante sunt următoarele:

L. Bernard: ameliorări 37%; *Secusse:* ameliorări 50%; *Sobeck:* ameliorări 50%; *Dobrovschi:* ameliorări 30%; *Sayé:* vindecări 61%, ameliorări 10,5%, ameliorări mici 3%, (total rezultate favorabile 74,5%; *Hinault* şi *Mollard:* vindecări 24%, ameliorări 36%, opriri evolutive 10% (total rezultate bune 70%; *Bălănescu* şi *Teodorescu:* rezultate favorabile 23,88%; *Daniello:* rezultate favorabile 46,31%. Dintre statisticile comparative *L. Bernard* obţine opriri evolutive spontane în 5% a cazurilor, iar după auroterapie 42%, *Kund Faber* revenirea capacităţii de muncă după o cură sanatorială simplă în 20%, după cură sanatorială cu auroterapie în 40% (după 5 ani).

* * *

In Sanatoriul Aiud în ultimii trei ani (1936, 1937 şi 1938) am aplicat auroterapie în 188 cazuri. Dintre aceste 48 cazuri observaţiunea n'a putut fi complectă fie din cauză că tratamentul a fost întrerupt prea de vreme, bolnavii neavând mijloace de a-şi procura mai departe medicamentul, fie din cauză că bolnavii părăsind sanatoriul înainte de a termina tratamentul au fost pierduţi din vedere. Eliminând aceste 48 cazuri din statistica noastră, analiza ce urmează, se va referi la cele 140 de observaţiuni com-

Rezultate comparative în auroterapie:

	N-rul cazurilor	Rezultate f. bune	Rezultate bune	Rezultate mediocre	Rezultate nule
Auroterapie cu pneumotorace unilateral:	22	5	9	5	3
Auroterapie cu pneumotorace bilateral:	11	—	4	6	1
Auroterapie cu frenicectomie:	29	2	12	12	3
Auroterapie cu toracoplastie:	2	—	2	—	—
Total aur cu colapsoterapie:	64	7(10,9 %)	27(42,2 %)	23(36 %)	7(10,9 %)
		53,1 %			
Auroterapie fără colapsoterapie:	76	8(10,6 %)	26(34.2 %	29(38,1 %)	13(17,1 %)
		44,8 %			

Rezultate comparative raportate la formă clinică a tuberculozei.

	N-rul cazurilor	Rezultate f. bune	Rezultate bune	Rezultate mediocre	Rezultate nule
Tuberculoze fibroase şi fibrocaseoase discrete:	10	4(40 %)	4(40 %)	2(20 %)	=
Tuberculoze fibrocazeoase fără cavităţi:	40	6(15 %)	21(51,5%)	8(20 %)	5(12,5%)
Tuberculoze fibrocazeoase cu cavităţi:	85	5(5,9 %)	27(31,8%)	41(48,2%)	12(14,1%)
Tuberculoze fibrocazeoase înaintate:	5	=	1(20 %)	1(20 %)	3(60 %)

plecte, în această categorie nefiind cuprinse decât acele cazuri care au primit doza totală suficientă pentru a se putea aprecia rezultatele tratamentului auric.

După felul preparatului întrebuinţat, cazurile noastre se repartizează în modul următor:

Sanocrysină — 18 cazuri, Solganal B. uleios — 55 cazuri, Lipaurol — 63 cazuri, alte preparate — 4 cazuri (mioral 1, tisor 2, oleosanocrysină 1. Total: 140 cazuri.

Am preferat calea intramusculară şi suspensiuni sau soluţiuni uleioase pentru a asigura o pătrundere mai

Campolon

Extract de ficat injectabil cu efect puternic.

Pentru tratamentul anemiei pernicioase şi al tuturor anemiilor de etiologie neprecisă.

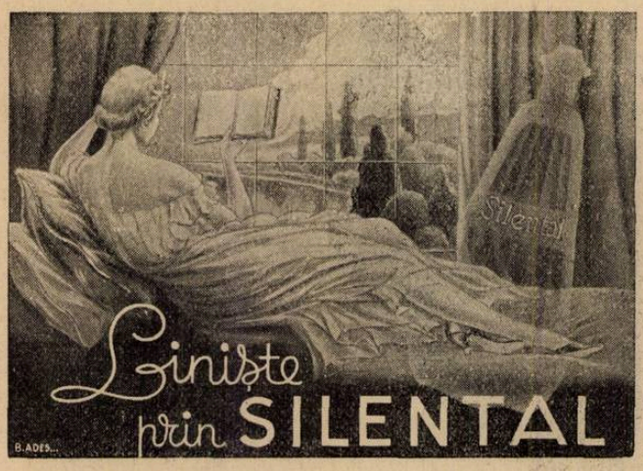
Ambalaje originale :

5 şi 25 fiole de 2 cmc.; 3 şi 15 fiole de 5 cmc.: flacon cu 10 cmc.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86.
Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.



NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ

TURBURĂRI DE ORIGINĂ HEPATICĂ

ECZEMĂ
PRURIT

INTERTRIGO
ULCERE VARICOASE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

lentă a medicamentului în circulaţie, un efect mai puţin brutal şi în acelaş timp mai durabil evitând întrucâtva şi accidentele, mai ales cele imediate.

In ceiace priveşte pozologia, am administrat de cele mai multe ori doze mijlocii iar în unele cazuri doze mici, când aceste au fost reclamate de starea bolnavului sau toleranţa mai redusă. Doze totale în medie au variat între 3—6 grame de sare de aur.

Rezultatele obţinute le-am clasat în următoarele categorii:

Rezultate foarte bune, când am obţinut dispariţia complectă sau aproape complectă a fenomenelor clinice, atât obiective cât şi subiective, modificarea imaginei radiologice în sensul unei regresiuni totale sau cicatrizări cu dispariţia imaginei cavitare, negativarea baciloscopiei şi recâştigarea capacităţii de muncă.

Rezultate bune, când am obţinut ameliorarea importantă a fenomenelor parţială a leziunilor din punct de vedere radiologic, dispariţia complectă sau intermitentă a bacililor în spută, clinice, regresiunea sau cicatrizarea în unele cazuri recâştigarea relativă a capacităţii de muncă.

Rezultate mediocre, când am obţinut ameliorare clinică prea puţin importantă, fără modificarea apreciabilă a imaginei radiologice, persistenţa bacililor în spută, bolnavii supravieţuind, dar fără a se putea conta pe durabilitatea opririi evolutive.

Rezultate nule, eşecuri, când nu s'a obţinut nici un efect, evoluţia boalei continuând spre sfârşitul fatal.

Din 140 cazuri am obţinut:

Rezultate foarte bune	în 15 cazuri	=	10,7 %
„ bune	„ 53 „	=	37,9 %
„ mediocre	„ 52 „	=	37,1 %
eşecuri	„ 20 „	=	14,3 %

Deci rezultate favorabile (f. bune şi bune) au fost obţinute în 68 cazuri adecă 48,6%. Dintre 140 cazuri negativarea sputei a fost obţinută în 53 cazuri, adecă 37,9%.

In 64 cazuri auroterapia a fost asociată colapsoterapiei, iar în 76 cazuri fără colapsoterapie.

Procentul rezultatelor favorabile este deci mai ridicat în grupul cazurilor tratate cu aur şi colapsoterapie fiind 53,1% faţă de 44.8% din grupul cu aur fără colapsoterapie.

* * *

In rezumat, deşi rezultatele auroterapiei sunt inconstante este cert că un număr de cazuri beneficiază de această metodă, căci vindecările şi ameliorările după auroterapie se obţin într'o proporţie mai mare şi într'un timp mai scurt decât cele spontane. Auroterapia trebuie deci considerată ca un mijloc terapeutic de utilitate, ca o metodă adjuvantă preţioasă.

Aniversarea de 60 de ani a revistei „Spitalul"

de **Prof. Dr. P. TOMESCU**

Printr'o şedinţă solemnă patronată de Societatea de Istorie a Medicinei, şi printr'un număr festiv, revista «Spitalul» a sărbătorit şease decenii de existenţă rodnică pentru ştiinţa medicală românească.

Pentru o ţară tânără în actuala ei formă, o astfel de sărbătorire constitue un adevărat eveniment cultural.

De aceea ţinem să ne asociem la sărbătorirea revistei «Spitalul» prin care s'a afirmat în cursul timpului, spiritul de cercetare şi de creaţie al medicilor români.

O sărbătorire este un prilej în care notele caracteristice ale trecutului sunt reamintite şi subliniate pentrucă ele constituesc titluri de glorie, cari pot fi puncte de plecare pentru deciziuni hotărîtoare, în ceeace priveşte evoluţia de viitor.

Vom căuta să desprindem din cercetarea retrospectivă a trecutului, câteva puncte luminoase nu numai pentru a aduce un omagiu ocazional, dar şi pentru a căuta în ele, căi de orientare pentru prezent.

La origină, acum 60 de ani, revista «Spitalul» a fost întemeiată de studenţii în medicină, bucurându-se întotdeauna de colaborarea medicilor tineri.

In cursul timpului, s'a petrecut de mai multe ori, un fenomen foarte explicabil: Medicii cari în timpul studiilor lor, fuseseră la conducerea revistei «Spitalul», întârziau în această situaţie, multă vreme după terminarea Facultăţei.

De aceea, în mod periodic, în trecutul revistei «Spitalul» s'au petrecut mici revoluţiuni paşnice în care tinerii revendicau dreptul, onoarea şi datoria de a conduce revista lor.

Din aceste lupte, pornite dintr'o idee justă şi dintr'un entuziasm sincer, tinerimea a fost întotdeauna învingătoare.

Am luat parte la o astfel de luptă acum 21 de ani şi păstrez, de atunci, cele mai frumoase amintiri nu numai de ceeace am reuşit să înfăptuim, dar şi despre oamenii de toate vârstele cari ne-au dat sprijinul lor plin de înţelegere şi de competenţă.

In cursul anilor de restriste, de luptă şi de speranţă ai războiului nostru, — în 1917 şi 1918 — în Moldova, un grup de absolvenţi ai Facultăţei, din Bucureşti, am hotărît reorganizarea revistei «Spitalul», îndată după încetarea ostilităţilor.

Cel mai aprig susţinător al acestei idei, era d. Dr. *Victor Gomoiu*, care ne-a dat un sprijin hotărîtor în lupta noastră de reînoire a revistei «Spitalul».

Acţiunea noastră a reuşit pe deplin: La 1 Ianuarie 1919, «Spitalul» a reapărut, cu o conducere nouă, recrutată în majoritate, din elita studenţilor în medicină de pe atunci — interni şi externi ai spitalelor. Tendinţa noastră de înoire a mers atât de departe, în cât am schimbat şi formatul revistei, adoptându-l pe acela în care se înfăţişează şi astăzi.

De atunci, până acum, au trecut 20 de ani..

Revista «Spitalul» se află la o nouă răspântie în evoluţia ei: se simte din ce în ce mai mult nevoia unei întineriri a cadrelor ei conducătoare.

Energiile impetuoase ale sutdenţilor medicinişti trebue să găsească un câmp larg de acţiune în coloanele revistei, în care colaborarea tineretului nu este prea activă iar debuturile sunt prea rare.

Acest tineret are dreptul şi datoria să ia conducerea revistei «Spitalul», aşa cum am făcut-o şi noi la 1919.

Printr'o fericită coincidenţă şi graţie unei activităţi strălucite, acum ca şi atunci, se află în comitetul revistei, d. Dr. V. Gomoiu. Acţiunea pe care a stimulat-o la 1919, cu un evident succes, credem că o poate provoca sau ajuta şi astăzi. Ea însă trebue să se producă neapărat. Altfel, revista «Spitalul», contrariind tradiţia ei glorioasă, este lipsită de cea mai fundamentală caracteristică a ei: *tinereţea*.

Ceva mai mult, cred că «Spitalul» ar putea deveni revista tineretului medical din cele trei centre universitare ale ţărei.

Şi în această direcţie, revista s'ar găsi pe linia ei tradiţională, întrucât înainte de război, studenţii români de la Universitatea maghiară dela Cluj, citeau «Spitalul» cu o explicabilă mândrie naţională, fapt pe care mi l'a relatat Profesorul Iuliu Haţieganu.

*

La o sărbătoare aniversară de acest gen, se aduc de obicei, elogii colective şi urări imprecise.

Sper că nu mi se va lua în nume de rău, dacă, în calitatea mea de reprezentant al tineretului medical de la 1919, care a reorganizat atunci revista «Spitalul», am exprimat ideea că tineretul dela 1940 are capacitatea şi posibilitatea să înfăptuiască ceeace am realizat şi noi altădată.

Pentru aceasta se cere un singur lucru: Să-i dăm posibilitatea să lucreze în câmpul vast al ştiinţei medicale, lăsându-i poziţiile de luptă ce-i aparţin.

Şi revista «Spitalul» a aparţinut întotdeauna studenţilor şi medicilor tineri.

PROBLEME SANITARE

ORIENTĂRI ŞI DESORIENTĂRI

de Dr. I. BORDEA

1907 a fost anul convulsiunilor economico-sociale, al spovedaniilor, al reculegerilor şi al făgăduelelor.

A fost anul convulsiunilor economico-sociale pentrucă în primăvara acelui an s'a răsculat ţărănimea de la un capăt la altul al ţării şi şi-a cerut dreptul la o altă viaţă cu altă rânduială.

Şi pe când conacurile cu toate averile lor ardeau şi flacările focurilor se înălţau spre ceruri, ca să înroşiască zările dealurilor şi câmpiilor îndepărtate şi pe când mugetul animalelor înspăimântate se amesteca cu vaetele şi ţipetele lumii înebunite de groază, cei vinovaţi îşi recunoşteau şi-şi mărturiseau păcatele săvârşite de ei şi de predecesorii lor şi în faţa lui D-zeu. şi a ţării se legau să le ispăşească prin fapte bune şi creştineşti şi să aline durerile acelora, care au pătimit atât de mult de pe urma lăcomiei şi nedreptăţilor săvârşite de cei care puseseră stăpânire pe soarta lor.

A fost prin urmare şi anul spovedaniilor, al reculegerilor şi al făgăduelelor.

Bine înţeles, că după o sguduire socială aşa de puternică, cum a fost aceia din primăvara anului 1907, vechile racile nu mai puteau fi ascunse şi marile prefaceri de care atârna soarta neamului nostru nu mai puteau fi amânate şi printre acestea era şi ocrotirea sănătăţii ţărănimii noastre.

Lordul Beaconsfield în calitate de prim-ministru al Angliei într'unul din celebrele sale discursuri din Camera comunelor, spunea, că problema socială, care primează pe toate celelalte este preocuparea de sănătatea poporului şi primul ministru al României nu uita acest temeinic adevăr, pe care l repeta cu convingere la anumite ocazii.

O profundă transformare în structura legislaţiei noastre sanitare şi în îndrumarea funcţionării tuturor serviciile noastre publice şi a instituţiilor de asistenţă medicală era deci necesară.

Cum însă în toate împrejurările omul sfinţeşte locul, nu ori şi cui-i s'ar fi putut încredinţa această înaltă misiune de reformator şi îndrumător.

O minte luminată, dublată de o bunătate şi sensibilitate sufletească, care să se ridice deasupra obicinuitului, un destoinic cunoscător al problemelor economico-sociale de la noi, un înţelegător desăvârşit al multelor suferinţi, izvorâte din nedreptăţi şi mărite de plăgile bine cunoscute şi de maladiile infecto-contagioase, care ne secerau populaţiunea şi ne degradau energiile neamului nostru, un medic-sociolog de o mare factură înzestrat cu o cultură generală remarcabilă şi cu nemărginit dor de-a munci numai pentru binele ţării, era destul de greu de găsit. Era greu de găsit, pentru că nu-i este dat firii omeneşti să fie înzestrată cu atâtea însuşiri, încât să pară a fi o fiinţă desăvârşită şi din cauza aceasta marii bărbaţi de stat, în alegerea colaboratorilor lor, se străduesc să complecteze lacunele unora cu însuşirile altora şi să le armonizeze de aşa fel, încât rezultanta colaborării lor să poată atinge punctul culminant.

In persoana Profesorilor Cantacuzino şi Sion a crezut acel providenţial bărbat de stat, care a fost Ionel Brătianu, că găseşte posibilitatea îmbinării şi contopirii de însuşiri sufleteşti, cu care să se poată face marea reformă de ocrotire a sănătăţii şi vieţii neamului nostru, şi nu s'a înşelat. Nu s'a înşelat pentru că ei au fost cei mai de seamă conducători şi îndrumători din câţi i-a avut serviciul sanitar şi pentru că nimeni până la ei şi nici după ei n'a putut să grupeze într'un puternic mănunchi întreg corpul medical al ţării şi să pună temelia unei mari reforme, care dacă ar fi fost continuată şi desăvârşită, ar fi contribuit enorm de mult la regenerarea neamului nostru.

Veneau în fruntea trebilor sanitare după o puternică sguduire socială şi ei şi-au dat seama, că în noua alcătuire de după răscoale, ocrotirea sănătăţii poporului nostru, trebue să fie la acelaşi nivel cu măsurile de ocrotire economică şi socială.

Cercetarea stărilor de fapt şi cunoaşterea realităţilor din lumea satelor şi a oraşelor pentru Profesorii Cantacuzino şi Sion avea o însemnătate tot aşa de mare ca şi cunoaşterea întregului corp medical al ţării, cu care ei înţelegeau să se sfătuiască şi să colaboreze. Nici odată aceşti doi oameni nu au lăsat vre-unui medic impresia superiorităţii lor sociale. Totdeauna însă s'au bucurat de stima şi admiraţia întregului corp medical. In peregrinările ce le făceau în tot cuprinsul ţării, ca să-şi dea seama de situaţii şi de oameni ei nu inspectau ci analizau. Analizau împrejurările şi posibilităţile şi nu pedepseau ci îndrumau şi stimulau energiile şi se străduiau să cântărească nu numai pregătirea technică a medicilor ci şi structura lor sufletească, Profesorul Cantacuzino mai ales lăsa urme neşterse în sufletul acelora, cu care venea în contact şi nu cred, să fi fost medic în vre-un unghi al ţării noastre pe care profesorul Cantacuzino să nu-l fi cunoscut. Incomensurabila lui bunătate, -- de care nu puţini s'au folosit şi au abuzat chiar, — devenise proverbială şi maiestriei cu care diseca problemele sociale şi medicale, nu-i se putea găsi asemănare, căci avea o remarcabilă cultură nu numai medicală, ci şi generală. Cine l'a văzut pe Profesorul Cantacuzino herborizând, cine l'a auzit făcând critica operelor lui Renan s'au executând compoziţiile revoluţionare ale lui Wagner cine i-a cunoscut pasiunea lui pentru medicina preventivă şi a avut fericirea să-l cunoască mai de aproape în laboratorul său de medicină experimentală, acela sau aceia nu-l pot uita nici odată.

Şcoala profesorului Cantacuzino se va perpetua din generaţie în generaţie, iar operile lui vor fi în veci mărturia vie a superiorităţei lui.

Dacă acesta era omul şi dacă alături de el era colaboratorul său, care îl complecta într'un chip atât de armonios prin munca lui titanică prin corectitudinea lui rigidă, prin o desăvârşită cunoaştere nu numai a situaţiilor ci şi a oamenilor, prin o sensibilitate sufletească ce-i storcea lacrimi în faţa suferinţii, prin nemărginita lui dorinţă de a lupta pentru alinarea durerilor omeneşti şi pentru înălţarea maselor umilite şi năpăstuite, era firesc ca opera proectată de ei, să fie la înălţimea competinţei şi structurii lor sufleteşti.

Nu ştiu, dacă se va găsi vreo-dată o minte aşa de luminată şi o pană atât de măiastră, ca să poată aşterne pe hârtie şi diseca firea aleasă atât a profesorului Cantacuzino cât şi a profesorului Sion şi îmbinarea atât de armonioasă a concepţilor lor în timpul colaborării anilor 1907—1911. Şi cred, că e necesar să se ştie, că Ionel Brătianu a complectat trinitatea în marile reforme sanitare. Nu-mi vine a crede, că cei doi mari reformatori ar fi putut lucra într'o atmosferă aşa de senină şi aşa de liniştită, după cum au lucrat, fără concursul şi ocrotirea lui Ionel Brătianu, căci în parlament sau mai bine zis în senat, atât profesorul Cantacuzino cât şi profesorul Sion aveau câtiva adversari redutabili, care nu perdeau nici o ocaziune, fără să-i atace cu înverşunare. Cu epitetele de bombagii şi socialişti primejdioşi îi onorau cei trei senatori în filipicile lor. Şi când unul din ei a cerut nişte dosare de la direcţia sanitară, ca să facă o interpelare în senat, profesorul Sion, în lipsa profesorului Cantacuzino, care era în străinătate, şi în lipsa din ţară a lui Ionel Brătianu, a

trimes la senat două camioane încărcate cu fel de fel de dosare amestecate cu sute de broşuri din «Monitorul Oficial». Natural că profesorul universitar, care intenţiona să interpeleze şi să arate rolul nefast al bombagiilor s'a simţit jignit şi aceasta cu atât mai mult, cu cât în lumea politică se făcea mult haz pe comptul acelei farse. Locţiitorul primului ministru, care făcea parte din tagma reacţionarilor, i-a cerut profesorului Sion demisia. Profesorul Sion i-a îndeplinit dorinţa. Înştiinţat telegrafic, s'a întors în ţară şi profesorul Cantacuzino. A făcut act de solidaritate cu profesorul Sion. Morţun, Stere, Haret cu toţi partizanii lor au reacţionat puternic şi Ionel Brătianu, revenind în ţară, li-a respins demisia, i-a rugat, să-şi continue opera începută şi totul a intrat în normal. Din acest conflict, autoritatea profesorilor Cantacuzino şi Sion în lumea politică a eşit mărită, căci odată mai mult se părea, că ideile noi sunt pe cale să înăbuşe reacţionarismul.

Din nenorocire rezultatul final al întregi legislaţii dintre anii 1907—1911 n'a fost cel aşteptat şi mai ales cel atât de mult dorit de toţi aceia, care credeau, că se va produce o schimbare integrală în structura vieţii noastre sociale şi economice. Două mari reforme s'au bucurat, ce e drept, de mai mult solicitudine. Reforma profesorilor Cantacuzino şi Sion pe terenul sanitar şi reforma lui Spiru Haret, care în lumea învăţătorilor s'a bucurat de aceiaşi stimă şi admiraţie de care s'au bucurat în lumea medicilor cei doi mari reformatori şi îndrumători ai serviciilor sanitare, căci şi Spiru Haret a fost nu numai un apostol al învăţământului ci şi un puternic animator, care a ştiut şi a putut să facă din fiecare învăţător o făclie de veghe şi de lumină în satul lui. Activitatea extra-şcolară preconizată cu atâta însufleţire de Spiru Haret nu cu puţin a contribuit la înviorarea economică a ţărănimii noastre din unele regiuni. Concomitent cu noile directive date de Spiru Haret în lumea învăţătorilor, directorii serviciului sanitar se străduiau să îndrumeze şi ei pe medicii rurali la o activitate extra-medicală, cum i se spunea. Şi în bună parte au reuşit, căci nu puţini medici ţineau conferinţe cu sătenii şi le făceau proecţiuni în lungile nopţi de iarnă. Medicii cu învăţătorii înjghebau obşti, făceau cooperative, înlesneau obştilor arendarea de moşii şi în chipul acesta-i descătuşau de sub robia arendăşiei streine. Şi pe terenul medical şi pe cel extra-medical era o întrecere între medicii acelor vremi. Ce păcat, că n'a continuat!

Etatizarea tuturor spitalelor din cuprinsul ţării a avut drept rezultat crearea unui fond al asistenţei medicale, cu care s'au regenerat toate spitalele noastre. Infiinţarea laboratoarelor de hygienă a fost o inovaţie fericită. Emanciparea corpului medical de sub tutela politico-administrativă a fost un act de mare însemnătate pentru toată suflarea medicală. Recunoştinţa ce li-o păstrau medicii eliberatorilor lor era nelimitată. Concomitent cu toate aceste reforme de vădită înviorare sufletească s'au ales opt judeţe, drept câmp de experienţă şi în aceste judeţe s'au aplicat principiile viitoarei reforme sanitare, menită să apere sănătatea ţărănimii noastre. Mici circumscripţii medicale cu locuinţi confortabile pentru medici, cu dispensarii şi infirmerii, înzestrate cu suficient material sanitar, farmacii la fiecare comună, moaşe, agenţi sanitari, înbunătăţirea salariilor şi gradaţii, iată în linii generale principiile călăuzitoare în noua organizare sanitară a judeţelor, care dădea posibilitatea medicilor să facă o serioasă profilaxie a sifilisului şi malariei, să cantoneze boalele epidemice de la apariţia primelor cazuri, să facă o reală desinfecţie a locuinţelor, să vină în ajutorul gravidelor cu naşteri grele şi să trateze afecţiunile organelor genitale atât de răspândite în lumea ţăranceler noastre. Cu un cuvânt medicul în mica sa circumscripţie, având la îndemână tot ceea ce-i trebuia, căci depozitele farmaceutice şi de economat nou înfiinţate erau bine aprovizionate, putea să fie de un real folos sătenilor şi era pus în plăcuta situaţie de a face deopotrivă şi medicină curativă şi medicină preventivă. Activitatea extra-medicală, despre care am mai amintit, încorona chemarea medicului de circumscripţie rurală.

In îndrumările ce le dădeau şi în marile reforme pe cari le înfăptuiau, cei doi conducători ţineau să fie ajutaţi de toată suflarea medicală a ţării româneşti. Apelul pe care l-au făcut ei a fost înţeles de toţi medicii şi Asociaţia corpului medical prin distinşii ei exponenţi, în toate împrejurările nu şi-a precupeţit munca. Unirea aceia, colaborarea şi însufleţirea aceia, înălţa mult nivelul corpului medical şi impresiona tot aşa de mult lumea politică, care pentru prima dată îşi dădea seama de puterea acestui corp de elită.

Răposatul dr. N. Bărdescu, preşedintele asociaţiei medicilor de pe vremuri lua parte activă împreună cu întreg comitetul asociaţiei, la toate problemele ce se discutau. Nu fără oarecare emoţie îmi reamintesc de interesantele şedinţe din palatul ministerului de externe, când se discuta o portunitatea reformei sanitare. Luau parte la acele şedinţe cei mai aleşi şi cei mai reprezentativi exponenţi din lumea politică şi din lumea medicală. Primul ministru Ionel Brătianu şi ministru de interne V. Morţun, nu lipseau de la nici o şedinţă. Conferinţa d-rului N. Bărdescu a fost atât de interesantă, atât de demonstrativă şi de convingătoare, încât Ionel Brătianu a ţinut s'o elogieze şi evident, că în urma acestor şedinţe, oportunitatea reformei sanitare a fost consacrată, căci a fost susţinută cu căldură atât de medicii cei mai distinşi cât şi de parlamentarii cei mai aleşi.

Al doilea principiu de care erau călăuziţi profesorii Cantacuzino şi Sion era ca toată reforma lor sanitară să fie întemeiată pe experienţele făcute în cele opt judeţe. Şi în adevăr, că rezultatele obţinute, erau atât de convingătoare, încât anteproectul prezentat corpurilor legiuitoare ar fi trebuit să treacă nemodificat. In senat, însă rezistenţa a fost aşa de puternică şi adversitatea reacţionarilor faţă de autorii proectului aşa de mare, încât cu toată abilitatea ministrului de interne şi cu toată autoritatea lui Ionel Brătianu, anteproectul a suferit serioase modificări.

Dar aşa cum s'a modificat, devenind lege, opera profesorilor Cantacuzino şi Sion, firesc ar fi fost, să fie continuată, mai ales că la conducerea trebilor sanitare, succesorii lor au fost doctorul N. Bărdescu şi doctorul Tatuşescu, doi dintre cei mai apropiaţi colaboratori. Şi mai mult, la schimbarea de regim, profesorii Cantacuzino şi Sion au fost sărbătoriţi printr'un banchet, la care au luat parte pe lângă noii directori generali, tot ceea ce corpul medical avea mai distins. Medicii primari de judeţe, de oraşe şi de spitale, medicii de circumscripţii rurale şi urbane, comitetul asociaţiei medicilor şi distinşii practicieni au ţinut să omagieze pe aceia, care grupaseră într'un puternic mănunchi întreg corpul medical şi care înfăptuiseră reforme sanitare aşa de binefăcătoare şi care prin legiuirile lor au ridicat corpul medical din marasmul în care era ţintuit de moravurile vremii. Corpul medical ţinea să confirme cu acest prilej, că e solidar cu tot ceea ce s'a făcut şi prin discursurile ce s'au ţinut, l-au obligat pe d-rul N. Bărdescu să facă o mărturisire de credinţă. Unul din bunii prieteni ai noului director general, distins medic primar de judeţ, după ce a omagiat opera foştilor directori generali, după ce cu multă măestrie a analizat însuşirile lor sufleteşti şi a declarat, că corpul medical, solidar cu tot ceea ce s'a înfăptuit, se angajază să lupte pentru continuare, adresându-se d-rului Bărdescu l-a

conjurat, să nu ezite a merge pe calea deșteleniță de cei doi maeștri.

Răspunzând tuturor, d. N. Bărdescu și-a luat angajamentul solemn, că va continua opera predecesorilor săi, la înfăptuirea căreia a participat cu multă însuflețire.

Ce s'a întâmplat se cam știe. A urmat o lungă perioadă de tatonări și dezorientări, care continuă și astăzi, căci marea problemă a apărări sănătății publice, în întregimea ei, de nimeni n'a mai fost abordată. Incercări de noi îndrumări s'au făcut din când în când, dar fără de nici o legătură între ele. Nimeni n'a avut curajul sau buna inspirație, ca să se ocupe numai de păstrarea și de consolidarea a ceea ce aveam și de buna funcționare a tuturor servicilor și instituțiilor lor de asistență medicală, pentru ca să-și dea seama de realități. Și din cauză că fiecare conducător s'a crezut obligat să introducă câte ceva nou în șubrezita structură a serviciilor sanitare, de multe ori fără nici un rost și cu cheltueli destul de mari, medicina preventivă a rămas în stare embrionară iar medicina curativă s'a isbit de mari și uneori insurmontabile dificultăți, căci spitalele de mai multe ori n'au avut de cât strictul necesar și mai în toate împrejurările bolnavii au fost obligați să-și cumpere și material de pansamente și medicamente. Un distins chirurg a introdus în administrația spitalului o inovație: **Registrul încasărilor ilegale**, dar despre viața instituțiilor de asistență medicală voi scrie în altă parte. In treacăt însă țin să amintesc, că ori cât de mari au fost crizele, prin care au trecut toate serviciile sanitare, corpul medical nu s'a mișcat și a acceptat ori ce situație, chiar când a fost umilitoare. Să fie acesta un semn al vremii? Să fie oare și corpul medical bântuit de lașitatea colectivă, de care sunt bântuite aproape toate straturile sociale din mai toate țările?

E greu de spus.

Fapt nediscutabil este, că avem endemicitatea tifosului exantematic, ceea ce pe vremuri nu aveam, că avem cel puțin 50.000 de tuberculoși, că pelagra nu este în descreștere, că malaria bântue populația rurală până și la marginile capitalei, — se vede, că e un făcut, ca să se împreune viața luxuriantă cu boala și mizeria, — că o temeinică organizație antisifilitică nu există și că toate spitalele, — de la un capăt la altul al țării, — se luptă cu toate lipsurile, fără să le poată învinge.

Cred, că situația noastră nu e nici greu de înțeles și nici de invidiat. Intrebarea este, fi-va oare înțeleasă de aceia, care au răspunderea?

Să nădăjduim.

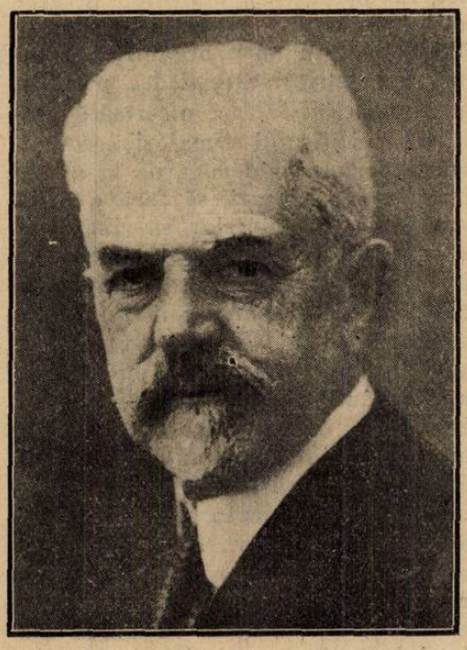
NECROLOG

EISELSBERG

de S. TOVARU

«Prințul chirurgiei vieneze» — așa cu i se spunea în limbajul curent, — continuatorul și reprezentantul glorioasei tradiții a celebrei școale de chirurgie din Viena, prof. *Anton von Eiselsberg*, s'a stins din viață în urma unui accident de cale ferată, la vârsta de 79 de ani.

Pentru noi, chirurgii români de astăzi, care am avut rarul privilegiu de a fi contemporanii declinului, impus de fatalitățile istorice ale celebrei școale de chirurgie vieneze, dispariția ilustrului ei supraviețuitor, constitue un moment de reculegere dar și de meditație generatoare de învățăminte. Istoria ne arată, în adevăr, că destinul marilor centre de cultură, deși este subordonat dominațiunei oamenilor reprezentativi și conjuncturilor istorice, nu merge însă niciodată până la dispariție, ci se deplasează spre oamenii cari știu să prindă momentul istoric și să-l domine în favoarea lor. Astfel, personalitățile cari se situiază și activează pe planul permanentului și duratei și înțeleg menirea generațiilor pe cari le dirijează, pot avea suprema satisfacție de a trece în istoria marilor curente ale culturii.



Prof. EISELSBERG

Viața lui Eiselsberg este o pildă vie a acestor mari adevăruri.

Laolaltă cu pleiada de ilustri elevi, ca Mikulicz, Czerny, Woelfler, format și dirijat sub egida marelui lor patron Billroth — «colosul chirurgiei habsburgice», — după ce este trimis să viziteze pe marii maeștri ai Apusului, Péan, Tillaux și Guyon, apoi la Zurich, își începe cariera universitară prin chemarea sa ca profesor la Utrecht (Olanda), apoi la Koenigsberg, și, în fine, după moartea lui Albert, la 1901, ia conducerea clinicei chirurgicale din Capitala Habsburgilor pe care a condus'o timp de 30 de ani.

Sub Billroth, apoi sub Albert și în fine, sub Eiselsberg, Viena devine unul din centrele lumii chirurgicale. Vizitatori din toate țările și de toate culorile, atrași de strălucirea școalei de chirurgie, veneau în pelerinaj la maeștrii acestui centru de iradiație a științei și artei chirurgicale.

Opera lui Eiselsberg îmbrățișează mai toate capitolele chirurgiei. El a adus realizări importante mai ales în chirurgia *gastro-intestinală* și a *corpului thiroid*, care au fost preocupările de predilecție ale acestei școli. De asemenea, el este precursor în chirurgia *creierului* și a *măduvei spinării*. Alături de prof. Hochenegh, au înființat în clinicele lor primele *secții de accidente* încă dela 1905.

Pentru înaltul prestigiu cu care reprezinta chirurgia vieneză, Eiselsberg s'a bucurat, în viață, de o seamă de onoruri: Președinte al soc. germane de chirurgie, al soc. chirurgilor vienezi, apoi membru de onoare a numeroase societăți de chirurgie din Europa și America, precum și doctor *honoris causa* a numeroase universități. Deasemenea e purtător al medaliei Lister, iar dela 1935 a fost ales președinte al soc. internațională de chirurgie.

Activitatea ce a desfășurat-o pe toate tărâmurile l'a adus și la conducerea Ministerului instrucției publice, iar dese ori i s'a propus să accepte președinția republicei.

La primirea atât de amabilă ce mi-a făcut-o, cu câțiva ani în urmă, în clinica sa, mi-a pomenit cu vădit regret de «vechiul său prieten și tovarăș de congrese, pof. Th. Ionescu».

In fine, când acum doi ani (1938) a publicat ultima sa carte, *Lebensweg eines Chirurgen* (Viața unui chirurg), prin care își încheia apogeul unei cariere chirurgicale de jumătate de veac, el strecura pe lângă o notă de fireasc melancolie și sentimentul discret al unei pierderi ireparabile. Căci profesorul Eiselsberg a iubit mult nu numai chirurgia, ci, mai presus de toate, gloria școalei vieneze. De aceea, cu el dispare ultimul reprezentant care a ținut sus steagul ei glorios.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

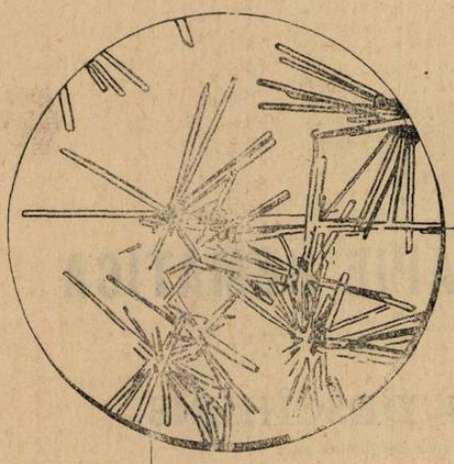
INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard. Str. S F. Ionica 8. BUCUREȘTI

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREȘTI IV



BETABION Merck

= Vitamină B_1 pură, cristalizată (Aneurin)

In nevralgii (sciatică etc.) herpes zoster, polinevrite, myeloză funiculară, diabet.

Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 gr.
„forte" — fiole de 0,01 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanța generală: «CHIMIROMAN» Farmacist Liviu Bancu
București I, Str. T. G. Masaryk 32

DURERI IN UMĂR AFECȚIUNI ARTRITICE

Nevrită **Fibrozită**

Antiphlogistine încălzită și aplicată în strat gros pe locul dureros, dă posibilitatea unei terapii iperemice eficace, întrucât menține o căldură umedă uniformă timp de mai multe ore.

Intărire și prelungire eficace a măsurilor fizioterapice.

Antiphlogistine favorizează absorbția exudatelor articulare, precum și a produselor terminale toxice și aduce o grabnică restabilire.

ANTIPHLOGISTINE

Eșantioane și literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEW-YORK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, București I.

REVISTA CARŢILOR

Docent Dr. Liviu Câmpeanu: Boala Post-operatorie - Reforma Tratamentului Chirurgical. Volum de 153 pagini. Cartea Românească, Bucureşti, 1939.

Lucrările d-lui *Dr. Liviu Câmpeanu*, din cursul ultimilor ani, au stârnit mult interes în jurul lor. Volumul de faţă desvălue într'un viguros stil românesc adevăratul motiv *«lupta contra boalei postoperative»*, ce a determinat pe autor, ca de câţiva ani încoace, să rupă cu tradiţia tratamentului chirurgical obişnuit şi să *pornească pe drumuri noi* în căutarea obţinerei unor rezultate terapeutice mai bune, ca acele observate până în prezent. El apare la timpul oportun. Ritmul vremurilor de azi, cu necesităţile lor diferite de acelea ale vremurilor trecute, cere vindecare mai uşoară şi mai rapidă, cu reducerea cheltuelilor de ospitalizare şi accelerarea recâştigării capacităţii de muncă. Lucrarea este cea mai bună dovadă că autorul a reuşit în deslegarea problemei puse.

Titlul cărţei este luat, în formă prescurtată din titulatura capitolului 5: *«Boala postoperatorie impune reforma tratamentului chirurgical»*. Intreaga lucrare este ţesută pe acest «leitmotiv».

Autorul este preocupat de mai mulţi ani de problema boalei post-operatorii, despre care *Leriche* se pronunţă astfel cu câţiva ani în urmă: «Toate operaţiile deslănţuesc în mod fatal un anumit număr de tulburări leucocitare, nervoase, şi humorale, a căror totalitate constitue o adevărată boală postoperatorie, pe care trebue să o cunoaştem în toate amănuntele ei, cu toată precizia. Chirurgia poate omorî şi rămânând aseptică, chiar şi atunci, când nu se comite nici o lacună faţă de legile technice... Nu există act chirurgical, care să nu producă revoluţie humorală mai mare sau mai mică în organism. Boala post-operatorie este de cele mai multe ori inaparentă, dar e totdeauna existentă, uneori fiind gravă, altădată mortală». Urmărind cu atenţie atât pe baza cercetărilor sale proprii, cât şi prin analiza bogatului material informtiv, adunat în bibliografia, citată la sfârşitul volumului, compusă din 302 lucrări recente, *doctorul Câmpeanu* ajunge la concluzia, că tratamentul chirurgical de astăzi nu ţine seamă în suficientă măsură de legile fiziologiei, este lacunar, distruge nu odată rezistenţa organismului operat prin jena circulatorie, prin şocul psichic şi traumatic şi prin intoxicaţia, pe care le provoacă. El măreşte în mod inutil riscul operator din cauza sarcinei operatorii, cu care se îngreunează, nu odată peste măsură suportabilă, rezistenţa operatorie a organismului, supus intervenţiei. Această sarcină este compusă din boala postoperatorie, cu toate tulburările ei caracteristice de ordin neuro-vegetativ, endocrinian, humoral, circulator şi hemo-leucocitar, deslănţuite de actul operator asupra organismului nostru (definiţia autorului, pe care *doctorul Câmpeanu* o cuprinde în sistema uzitată în descrierea celorlalte boli, aducând în felul acesta, multă claritate în complexa problemă de mai sus.

Reforma tratamentului chirurgical, porneşte din două formule, una matematică, alta geometrică. Ele caracterizează spiritul pozitiv al autorului. Prima se referă la riscul operator, pe care îl prezintă sub forma proporţiei dintre sarcina operatorie şi rezistenţa bolnavului. A doua e un triunghiu, ale cărui laturi constituesc cauzele etiologice ale boalei postoperatorii. Ele sunt: intoxicaţia, şocul şi jena circulatorie. Numai dacă reducem la maxim, toţi trei feciorii etiologici, adică intoxicaţia, şocul şi jena circulatorie reuşim să reducem la minim riscul şi sarcina operatorie.

In cazul acsta boala postoperatorie îşi pierde caracterul agresiv, asigurându-se organismului lezat condiţii şi posibilităţi de vindecare, cum nu s'au înregistrat până în prezent.

«Pentru a combate *«tulburările postoperative»*, cuprinse de noua concepţie ţie fiziologică în numele colectiv de *boală postoperatorie*, eu am făcut apel şi la forţele proprii ale naturei, încătuşate de unele practici antifiziologice ale tratamentului uzual de astăzi, punând în concordanţă organismul operat cu legile vieţii», zice în prefaţă autorul. Apoi: «Astfel am ajuns să contribui la instaurarea nouăi etape a chirurgiei, a celei biologice, cu rezultate surprinzător de favorabile faţă de trecut. Etapa biologică este în armonie cu celelalte trei epoci ale chirurgiei moderne: cu cea anatomică, cea pasteuriană şi cu cea fiziologică. Toate patru la un loc formează un întreg, în faţa căruia boala postoperatorie îşi pierde caracterul brutal şi nociv, permiţând bolnavului operat, să se vindece mult mai repede, decât s'a făcut până acum. Etapa biologică întroduce o nouă concepţie în chirurgie. Agenţii chimici (medicamentele) şi fizici se îmbogăţesc cu noi mijloace terapeutice, extrem de puternice şi eficace, cu acele biologice. Din rândul lor fac parte în primul rând normalizarea circulaţiei periferice, îndată după terminarea actului operator, prin mişcare, adică prin repunerea în funcţie a *«cordului periferic»*, asigurându-se celulelor invadate de toxine condiţii normale de funcţiune. In rândul al doilea, se utilizează o serie de efecte valoroase determinate de mişcare, cum sunt: ridicarea tonicităţii fizice şi psichice a organismului, favorizarea leucocitozei, etc. Nu puţină importanţă au evitarea tulburărilor provocate de şoc, de anestezicele foarte toxice şi de formele periculoase de anestezie, precum şi înlăturarea stânjenirii procesului de cicatrizare a plăgilor».

Peste 14.000 de cazuri foarte variate cuprinse în tablouri statistice, confirmă teza *doctorului Câmpeanu*, vindecate fără de tulburări postoperative, rareori şi cu medicamente, ci numai prin mijloacele biologice!

Volumul cuprinde următoarele capitole, sprijinite documentar cu numeroase citate din literatura recentă: 1. Consideraţiuni asupra boalei postoperatorii. 2. Influenţa anesteziei asupra boalei postoperatorii. 3. Imobilizarea determină stază în circulaţia periferică. 4. Mişcarea în slujba vindecării. 5. Boala postoperatorie impune reforma tratamentului chirurgical. 6. Foloasele sociale, morale şi economice ale reformei. 7. Avantajele pentru chirurgia de răsboiu. 8. Consideraţii critice asupra rezultatelor obţinute cu noul tratament. 9. Concluzii.

Lucrarea este originală şi foarte interesantă. Este un extrem de important capitol de fiziologie a bolnavului operat, teză ce lipseşte în general din tratatele de fiziologie şi de chirurgie. Ea umple un gol foarte mult resimţit în literatura medicală. Chirurgul găseşte în ea date biologice foarte utile ale chirurgiei, străbătute de o sumedenie de inovaţii technice din domeniul anesteziei locale şi a tratamentului postoperator. Medicul internist află adunat, clasificat şi rezolvat întreg materialul referitor la boala postoperatorie, fără de care nu se mai poate prezenta în consult la un bolnav, ce prezintă tulburări postoperatorii, iar specialistul de laborator se încadrează în noile cercetări de laborator, ce i se cer, decâteori tratamentul biologic trebue sprijinit de chimioterapie.

Din punctul de vedere al execuţiei volumul este prezentat într'o formă artistică rar întâlnită, pe hârtie cretată, având 59 de clişee documentare.

Autorul merită din belşug cele mai călduroase cuvinte de laudă, căci cu mijloacele reduse ale unui serviciu chirurgical de provincie, a putut realiza o lucrare ştiinţifică de valoare rară.

Această metodă deschide o eră nouă în chirurgie, cu imense foloase pentru chirurgia de pace şi de războiu, din care dispare teama, nesiguranţa, încordarea şi suferinţa, făcând loc unei atmosfere calme, liniştite, plină de optimism tonificant, justificat în întregime, prin rezultatele obţinute.

Dr. T. IONESCU

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Intemeierea Muzeului şi Laboratorului de Antropologie al Facultăţei de Medicină din Bucureşti

In urma propunerii Consiliului profesoral al Facultăţei de Medicină din Bucureşti, Ministerul Educaţiei Naţionale a hotărît să se înfiinţeze ca instituţie autonomă, Muzeul şi Laboratorul de Antropologie al Facultăţei de Medicină din Bucureşti.

Această nouă instituţie va fi condusă de d. Profesor Dr. Rainer, şi după ieşirea sa la pensie.

D-sa este creatorul nu numai al acestui muzeu, care cuprinde o colecţie extrem de bogată de piese anatomice, dar este întemeietorul antropologiei ştiinţifice româneşti.

D. Profesor Rainer a alcătuit, cu mari jertfe personale, o colecţie de antropologie de o mare valoare, cuprinzând şi o însemnată documentaţie privitoare la morfobiologia osului, pe care anumite probleme de antropolgie au făcut-o necesară.

Această colecţie, începută înainte de anul 1900, de pe când Profesorul Rainer *era asistent, cuprinde între altele şi peste 4000 de cranii. Puţine colecţii străine pot rivaliza cu această importantă colecţie românească.*

Noua instituţie va funcţiona în clădirea special construită la Facultatea de Medicină.

Deciziunea Ministerului Educaţiunei Naţionale, dă posibilitate d-lui Prof. Rainer să continue frumoasa sa activitate ştiinţifică, în serviciul căreia pune o incomparabilă erudiţie şi o foarte mare pasiune.

Iar patrimoniul ştiinţific al ţării se îmbogăţeşte cu o instituţie care va face cinste Universităţei Bucureştene.

Adunarea generală a Asociaţiunei pentru desvoltarea relaţiunilor medicale

Adunarea generală a Asociaţiunei pentru desvoltarea relaţiunilor medicale (A. D. R. M.) s'a ţinut în anul acesta în cadrul mai modest al Căminului Profesorilor Facultăţii de Medicină, unde a luat loc un auditoriu, mai puţin numeros decât cel al anilor precedenţi, datorită faptului că armata a avut nevoie de un mare număr dintre membrii săi, dar a cărui calitate arată bine interesul pe care corpul medical îl poartă în chestiunea raporturilor noastre cu streinătatea.

D. decan Tiffeneau a adus mai întâi un călduros omagiu Prof. Achard care, fiind bolnav, nu poate ocupa fotoliul preşedinţial. D. Decan şi-a exprimat dorinţa ca după terminarea crizei actuale, Facultatea şi A.D.R.M. lucrând în strânsă colaborare, să elaboreze un plan de învăţământ special pentru medicii şi studenţii străini.

D. Prof. Hartmann a expus apoi activitatea Asociaţiei pe anul 1939. El a adresat un gând prietenesc tuturor membrilor A.D.R.M. mobilizaţi şi a terminat afirmând că A.D.R.M. trebue să continue să acţioneze şi să prepare de pe acum, cum a sugerat-o d. Decan «un program pentru după război, astfel ca după victorie să fim gata să luăm un nou elan».

D. Prof. Baudoin a dat citire discursului Prof. Achard, discurs în care arată rolul important şi divers pe care îl joacă medicul în relaţiunile dintre popoare; arată misiunea umanitară a medicului şi crede că comunitatea de vederi şi de relaţiuni între medicii din toate ţările este desigur foarte propice pentru a prepara uniunea internaţională a sentimentelor şi a voinţelor». Amiciţia pe care o fortifică între popoare este singura capabilă să asigure pacea, acest bun nepreţuit după care aleargă toată lumea, fără a ajunge şăo posede, poate fiindcă până în prezent nu a întrebuinţat alt mijloc decât războiul».

Filme ştiinţifice româneşti

Filmul este utilizat din ce în ce mai mult pentru documentarea cercetărilor ştiinţifice experimentale.

O întrebuinţare tot atât de importantă, o găseşte cinematograful în predarea învăţământului medical, întrucât se pot proecta în faţa studenţilor, cazuri morbide şi metode terapeutice cari din diferite împrejurări nu pot fi amplu demonstrate la un moment dat.

Fie pentru o iniţiere generală introductivă, fie pentru o recapitulare sintetică după o serie de lecţii, cinematograful poate aduce servicii importante pe terenul didactic.

De aceea el este din ce în ce mai mult întrebuinţat în clinicele şi laboratoarele din străinătate şi tinde a fi introdus şi în ţara noastră.

Ceva mai mult, în afara filmelor didactice de import şi pe lângă filmele indigene nereuşite de debut, am început a avea filme ştiinţifice româneşti executate într'o formă technică impecabilă.

In fruntea lor stau filmele chirurgicale, realizate de d. agregat dr. *Christidi*, medic primar al unuia din serviciile chirurgicale dela Spitalul Brâncovenesc.

D-sa a proiectat aceste filme, însoţindu-le de explicaţiuni, la Academia de Medicină şi în diferite cercuri medicale cari l'au solicitat. Filmele d-lui dr. *Christidi* sunt admirabil realizate, extrem de clare şi foarte instructive.

Filmul chirurgical mai are încă un avantagiu: el fixează technica personală a chirurgului într'un mod perfect, astfel cum nici descripţia, nici fotografia statică nu o puteau reda.

D. dr. *Christidi* a realizat până acum următoarele filme chirurgicale:

1) Apendicectomie, procedeu Mac Burney;

2) Cură radicală pentru hernie inghinală procedeu Bassini;

3) Tiroidectomie;

4) Amputaţia sânului. Halsted.

5) Osteosinteză cu fixator extern Juvara pentru fractura diafizei femurale.

Locuri de medici vacante la Asigurările Sociale

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale:

Medic primar pentru medicină internă la spitalul de mecanoterapie din Bucureşti.

Medic primar chirurg la spitalul din Anina, jud. Caraş.

Medic secundar la spitalul din Anina, jud. Caraş (plătit cu 4550 de lei brutto lunar, plus 500 de lei, indemnizaţie lunară).

D-nii medici, cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în termen de 30 de zile dela înserarea prezentei publicaţiuni în «Monitorul Oficial», adică până la 15 Martie 1940.

Personalul didactic al Şcoalei de Surori a Spitalului Central din Bucureşti

Ministerul Sănătăţei a aprobat ca Şcoala de Surori a Spitalului Central de boale mintale şi nervoase să funcţioneze cu următorul personal didactic: D-rele Dr. Ecaterina Jercea, Felicia Şerban, Olimpia Vlădoianu şi Lucreţia Ionescu; d-nii d-ri Ilie Cosmulescu, Dan Constantinescu, Andrei Dosias şi Constantin Daniel.

Noua conducere a Societăţei de Chirurgie din Bucureşti

Societatea de Chirurgie şi-a ales pentru anul 1940-1941, următorul comitet:

Preşedinte: Dl. Agregat Dr. C. Leonte.

Vice preşedinţi: D-nii Prof. Dr. Dan Teodorescu şi colonel Dr. I. Gilorteanu.

Secretar general: Dr. T. Firică.

Casier: Dr. Petre Georgescu.

Bibliotecar: Dr. Burghele.

Secretari de şedinţă d-nii d-ri: Dan Mavrodin, Caramzulescu, Petrulian şi Chipail.

D-l Agregat dr. C. Leonte, noul preşedinte, a rostit următoarea cuvântare programatică:

Gripa

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE

FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

2-4 PE ZI

„FARMAOLT“ S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant SANDOZ
S. A. (Suisse)

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

«In şedinţa precedentă a-ţi binevoit să mă delegaţi preşedinte al Societăţii de Cirurgie. Odată cu mulţumirile ce vi le-am exprimat pentru încrederea cu care m'aţi onorat alegându-mă la această demnitate, mi-am luat angajamentul că voi păstra tradiţia acestei societăţi de înalt interes cultural şi că voi continua să merg pe urmele predecesorilor mei.

Printre foştii preşedinţi dispăruţi azi din sânul acestei societăţi, două figuri au rămas adânc săpate în memoria şi inima mea: aceia a ilustrului prof. Toma Ionescu şi a distinsului meu părinte dr. Leonte. Aceşti pionieri ai ştiinţei şi artei chirurgicale româneşti au contribuit într'o largă măsură ca chirurgia noastră să fie atât de apreciată nu numai în ţară dar şi în străinătate; unul prin talentul, curajul şi strălucita sa technică chirurgicală, celălalt prin simţul său clinic, tactica operatorie şi abilitatea chirurgicală, au fost cei doi chirurgi ai ţării cari s'au complectat unul pe altul.

Dela şcoala şi exemplul lor s'au format foştii preşedinţi ai acestei societăţi ca: Juvara, Daniel, Balăcescu, Gheorghiu, Gerota, Jacobovici, Jianu Amza, Jianu Ion, Nasta, Hortolomei şi în urmă Topa. Toţi aceşti valoroşi predecesori au ştiut prin publicaţiile lor ştiinţifice emanate dela această societate şi numeroase lucrări prezentate la diferite societăţi şi congrese din străinătate, să ducă nestinsă în Occident torţa chirurgiei naţionale.

Dacă mi-am permis să fac această rememorare, este faptul că exemplul lor trebue să fie continuat.

Azi când în jurul hotarelor noastre etnice, solid cimentate, se face o propagandă străină ostilă nouă, trebue mai mult ca oricând să răspundem prin lucrările noastre de valoare emanate dela acest sanctuar al ştiinţei şi să arătăm cine suntem şi ce a fost chirurgia noastră. Să mergem pe drumul croit de predecesorii noştri Toma Ionescu şi Leonte, cari au ştiut să lupte cu atâta folos pe tărâmul ştiinţific cât şi pe cel naţional.

Vedeţi dar, domnilor, ce grea sarcină avem. Dar dacă d-voastră iubiţi colegi veţi veni la această societate cât mai mulţi, cu lucrări cât mai numeroase şi bine studiate, sarcina mea de preşedinte va fi mult uşurată. Contez pe dinamismul tinerei generaţii de chirurgi precum şi pe competenţa şi experienţa celor mai în vârstă ca, împreună să facem dovada la ce înălţime a ajuns chirurgia noastră şi să arătăm străinătăţii că meritâm renumele pe care-l avem.

Domnilor, în numeroasele şi lungile mele peregrinări ştiinţifice făcute în străinătate, până în Occidentul cel mai îndepărat din America, am constatat cu o vie satisfacţie consideraţia de care ne bucurăm.

Astfel din 1914 profesorul Beck, din clinica Mayo îmi vorbeşte cu mult entusiasm de profesorul Amza Jianu de procedeul d-sale de esofagoplastie creat din peretele stomacului, deasemenea prof. Cushing din Chicago de procedeul de cranioplastie decompresivă a lui Jianu, în Belgia Lambotte cu acelaş entusiasm îmi vorbeşte de procedeul de osteosinteză a lui Juvara. In Franţa prof. Cunéo de procedeul lui Jacobovici pentru înfundarea duodenului şi câte exemple nu a-şi putea cita ca să vă arăt de ce frumoasă consideraţie ne bucurăm.

Dacă chirurgia noastră a păcătuit însă cu ceva, este modestia chirurgilor şi lipsa de propagandă a operilor noastre chirurgicale. De aceia iubiţi colegi, vă propun ca mic şi mare să ne ajutăm unul pe altul şi atunci când un procedeu operator de al nostru ne pare bun, o instrumentaţie românească o găsim practică, sau un mijloc terapeutic eficace, să-l încercăm cu toţii, să-l adoptăm şi în urmă să-l difuzăm pretutindeni, nu numai înăuntru dar şi în afara hotarelor ţării, din toată puterea noastră.

Aceasta să fie propaganda noastră şi să nu plecăm dela ideia că ceiace vine din străinătate este mai bun ca la noi.

Ptenţial chirurgical avem, spirit de imaginaţie şi inovaţie deasemenea, talent chirurgical nu ne lipseşte, fiindcă cei mai mulţi dintre noi suntem crescuţi la şcoala superioară a prof. Toma Ionescu. Un singur lucru însă ne lipseşte, materialul chirurgical din spitale, care ne împiedică să lucrăm şi să ne afirmăm aşa cum o dorim.

Şi aici să-mi daţi voe domnilor, să fac apel la bunăvoinţa a doi foşti preşedinţi ai societăţii noastre, cari azi pot să ne fie de un preţios ajutor.

Aceştia sunt: dl. prof. Hortolomei azi ministru al Sănătăţii Publice şi dl. dr. Topa, subsecretar de Stat la acelaş departament.

Dl. prof. Hortolomei cu o personalitate ştiinţifică de elită şi în acelaş timp medic şef al unei mari instituţiuni chirurgicale din capitală, este exponentul cel mai indicat al cunoaşterii nevoilor noastre, mai ales că şi d-sa face parte din Eforia Spitalelor Civile.

Sunt sigur că d-sa ne va ajuta.

Cred că au trecut timpurile ca să ne mai fălim că clădiri somptoase şi frumoase pe dinafară, ca înăuntrul lor să nu găsim instrumentele strict necesare spre a întreprinde o intervenţie chirurgicală serioasă lipsită de riscuri pentru bolnav şi lipsită de riscurile responsabilităţii chirurgului aşa de ieftin retribuit.

De multe ori se întâmplă că atunci când am obţinut cu mare greutate câteva perechi de mănuşi, să ni se spuie că azi Domnule Doctor nu puteţi opera acea fractură dificilă, nu ne-a sosit ghips dela depozit, când soseşte ghipsul, depozitul nu are Reverdin şi aşa mai departe.

Nu rare ori suntem nevoiţi să scoatem personal bani din pungă ca să ne procurăm materialul necesar spre a putea opera în dimineaţa următoare în bune condiţiuni, bolnavul lung timp ospitalizat, în detrimentul Eforiei.

Acesta este calvarul nostru; îl ştim cu toţii şi ştim deasemenea în ce condiţiuni dificile cei mai mulţi dintre noi suntem nevoiţi să operăm.

De aceea mi-am permis să fac apel la colegul nostru Hortolomei, să ne uşureze această greutate, d-sa secondat de neobositul coleg Topa cunoaşte mai bine ca oricare **ce trebue să dea, cum să dea şi cui să dea** ca serviciile noastre de chirurgie să ajungă la nivelul celor din Occident.

Am credinţa fermă că atunci când vom solicita ajutorul pentru spitalele Eforiei, d-sa nu ne va refuza pe motivul că se pune în conflict cu legea patrimoniului public. Azi toate serviciile intră în patrimoniul public. Toate trebuesc înzestrate, noi toţi suntem mobilizaţi şi ziua de mâine care o simţim cum se apropie nu trebue să ne găsească dezarmaţi.

Acestea sunt dezideratele mele.

Vă mulţumesc domnilor de concursul pe care mi-l veţi da în susţinerea lor. Mulţumesc amicului Topa, aprigul luptor al chestiilor naţionale de modul conştiincios cum a condus desbaterile societăţii în timpul prezidenţiei d-sale.

Vă mulţumesc domnilor de prilejul pe care mi l-aţi dat ca să am în jurul meu în comitet colegi de care mă leagă atâtea amintiri plăcute. Astfel colegul meu prof. Dan Theodorescu fostul meu secundar, azi vice preşedinte al societăţii, care în timpul secundariatului a contribuit cu atâta hărnicie la colaborarea celor mai numeroase lucrări ştiinţifice făcute împreună, cred că-mi va da şi de data aceasta preţiosul d-sale concurs, contez deasemenea pe concursul d-lui vice-preşedinte colonel Gilortеanu, eminentul chirurg al spitalului militar care nu mă îndoesc, va continua să ne întreţină cu subiecte de o mare importantă actuală, ca acea a chirurgiei de război. D. dr. Firică fiind în al patrulea an de secretar general, şi posedând rutina acestei însărcinări, cu activitatea d-sale neobosită, ne va fi de cel mai mare folos.

Inainte de a termina îţi fac o plăcută şi entuziastă datorie de a aduce aici omagiile noastre de recunoştinţă Majestăţii Sale Regelui ce cu atâta destoinicie conduce destinele ţării şi protejează operile de interes cultural şi ştiinţific. Ii urăm să trăiască ani cât mai mulţi pentru îndeplinirea idealurilor noastre

Mişcare în corpul medical al Ministerului Sănătăţei

D. dr. Octavian Puşcariu, actual director cl. I (medic) definitiv la direcţia serviciului sanitar al porturilor, cu sediul în Sulina, se confirmă definitiv în postul de inspector general sanitar al serviciilor sanitare de la porturi şi puncte de frontieră pe uscat, având sediul în Constanţa.

D. dr. Borş Dumitru, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv, în postul de medic pentru nas, gât şi urechi, la serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. Mihai V. Ioan, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic şef de laborator la laboratorul de igienă din Buzău.

D. dr. Nicolae Combiescu se numeşte în postul de medic şef de laborator, la laboratorul de bacteriologie de la serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. N. Varnali, actual medic primar, definitiv, de boli infecţioase la spitalul «Elisabeta Doamna Caritatea Gălăţeană şi spit. de copii dr. Serfioti» din Galaţi, se transferă, în interesul serviciului, definitiv în postul de medic primar de boli contagioase dela spitalul din Târgovişte.

D. dr. Trâncioveanu Iosef, actual medic definitiv al circ. Băleni (Dâmboviţa), se transferă definitiv în postul de medic şef al portului Giurgiu.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Pascu Octavian la circ. Semlacu-Mare, jud. Timiş, d-sa urmând a rămâne mai departe ca stagiar la circ. Toager, acelaş judeţ.

D. dr. Nestor Simion, actual medic definitiv al circ. Sag. jud. Timiş, se transferă în interesul serviciului definitiv, la circ. Măicăneşti, R.-Sărat.

Următorii medici, cu examen de capacitate, se numesc stagiari în urma alegerii făcute în ordinea clasificării, în ziua de 4 Ianuarie 1940, în posturile notate în dreptul fiecăruia şi anume:

D. dr. Cărpinişan Sever, ca stagiar la circ. Cobăteşti, jud. Odorhei.

D. dr. Nicolau Ioan ca stagiar la circ Năruja, jud. Putna.

D. dr. Haltrich Otto ca stagiar la circ. Jara II (Băişoara), jud. Turda.

D. dr. Apan Augustin ca stagiar la circ. Argetoaia, jrd. Dolj.

D-na dr. Vulcănescu Constanţa, ca stagiar la circ. Negoeşti, jud. Dolj.

D-na dr. Pily Roşu ca stagiar la circ. Mangir, jud. Cahul.

D. dr. Ungureanu Constantin, ca stagiar la circ. Merişani, jud. Argeş.

D. dr. Georgescu I. Constantin, medic stagiar al circ. Argeş, jud. Argeş şi d-na dr. Slava Ionescu Bondoc, medic stagiar al circ. Stroeşti, acelaşi judeţ, se transferă prin consimţimânt reciproc, unul în locul celuilalt.

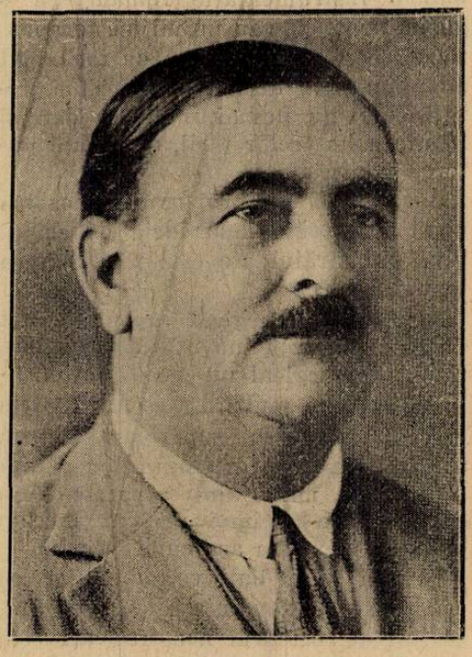
NECROLOG

† D-rul Const. Tănăsescu

Încă un distins confrate ne-a părăsit pentru totdeauna, lăsând în urma lui adânci regrete la toţi câţi l'au cunoscut

In ziua de 4 Februarie a încetat din viaţă, în câteva clipe, la locuinţa sa, D-rul Constatin Tănăsescu (Tase), fostul medic al Municipiului Bucureşti, care timp de mai bine de zece ani a condus cu multă iscusinţă, conştiinţiozitate şi corectitudine serviciul sanitar al Capitalei Ţărei.

Născut la 30 Ianuarie 1881, în oraşul Fălticeni, dintr'o familie de vrednici şi cinstiţi moldoveni, printre ai cărei descendenţi se numără mulţi valoroşi intelectuali, D-rul C-tin Tănăsescu a urmat cursurile secundare la liceul «Carol» din Craiova, după absolvirea



Dr. CONST. TĂNĂSESCU.

cărora a studiat medicina la Facultatea din Bucureşti.

A fost unul dintre cei mai meritoşi studenţi ai Facultăţii de Medicină ai timpului său şi pentru încrederea de care s'a bucurat a fost ales secretar general al Societăţii Studenţilor în Medicină, mandat pe care l'a îndeplinit cu distincţie.

După obţinerea titlului de doctor în medicină şi chirurgie, s'a distins de timpuriu, dovedindu-se foarte capabil, activ şi conştiincios, neîntârziind a se face bine cunoscut şi mult apreciat de foştii săi profesori şi întregul corp medical al Ţării.

A ocupat succesiv posturile de medic la: Spitalul Baia de Aramă, judeţul Mehedinţi, Spitalul Mavrodin din jud. Teleorman, Spitalul Zvoriştea din jud. Dorohoi; după aceea a trecut medic comunal al oraşului Iaşi, unde a ocupat apoi postul de medic şef.

După meritele sale recunoscute şi activitatea sa deosebită desfăşurată la conducerea serviciului sanitar al Capitalei Moldovei, a fost solicitat în anul 1929, ca să primească postul de medic şef al Municipiului Bucureşti, în gradul de inspector general sanitar, ca urmaş al distinsului său predecesor d-rul Staicovici.

Sub ministeriatul savantului nostru magistru prof. I. Cantacuzino, d-rul C. Tănăsescu a avut însărcinarea de secretar general al Ministerului Sănătăţii, mandat ce i s'a încredinţat şi în anul 1939.

Este demn de notat că d-rul Tănăsescu, încă de când era la conducerea Serviciului Sanitar al oraşului Iaşi, a mai ocupat şi funcţiunea de subdirector gneral al Serviciului Sanitar al Ţării, înainte de înfiinţarea Ministerului Sănătăţii.

A luat parte la campaniile din 1913 (în Bulgaria) şi 1916 — 18; pentru meritele sale în combaterea holerei ivită printre trupele din Bulgaria, a fost distins cu medalia «Crucea Meritului Sanitar cl. I», cu care puţini dintre medicii din generaţia sa au fost onoraţi pe acel timp. Deasemenea a fost distins cu însemnate ordine ce i s'au acordat parte în decursul campaniei marelui război, parte pentru meritele sale deosebite în funcţiunile civile ce a ocupat după război.

Inzestrat cu mari calităţi, om de suflet, cu o bunătate totdeauna nealterată, cu un simţ colegial cum rar se întâlneşte, d-rul C. Tănăsescu a avut numeroşi prieteni dintre cari foarte mulţi ocupau înalte funcţiuni şi însemnate demnităţi; a ţinut mult la prietenii săi şi din prietenie făcea un cult. Caracter nobil, fire aleasă, era totdeauna gata să ajute pe oricine i se adresa pentru vre-un sprijin, fie chiar şi în afara sferei lui de activitate. Era în deosebi însufleţit de un înalt simţimânt patriotic şi naţional, de care părea mai mândru şi mai onorat decât toate celelalte calităţi ale lui.

El a dovedit cu prisosinţă, că deşi obligat la împlinirea strictă a datoriei sale în funcţiunile de Stat, totuşi prin bunăvoinţă şi omenie nu numai nu aducea vreo vătămare intereselor celor ce i se adresau dar avea şi putinţa de a câştiga stima, simpatia şi chiar iubirea lor.

Cât de preţuit a fost d-rul C. Tănăsescu s'a constatat pe deplin cu prilejul ultimului nostru salut, la care au participat, în afară de mulţi dintre bunii săi prieteni, numeroşi medici din toate ierarhiile cari au ţinut să-şi exprime omagiul lor pentru fostul lor coleg, plecat prea de timpuriu din mijlocul nostru.

Dr. ION GANCEVICI

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

Avitaminozele P. P.

PELLACOTIN

„DR. R A D U"

Pe bază de acid nicotinic şi aminoacizi

2 Forme: Fiole injectabile conţinând 0,150 gr. acid nicotinic.
Tablete conţinând 0,100 gr. acid nicotinic.

Acţiune rapidă în:

Pelagră
Turburări digestive
Porfirinurie
Afecţiuni cutanate
Turburări mintale
Surditatea sunetelor înalte.

Cutii cu 5, 15 şi 50 fiole a 5,3 cc. Flacoane cu 30 tablete.

Dr. ALEXANDRU RADU, Bucureşti 3, Strada Sofia 30

Un medicament nou

Un produs românesc

CAMFOTON

Tuberculosă în toate stadiile
Anemii tuberculoase
Convalescenţă postoperatorie
Inapetenţă
Demineralizare
Turburări de creştere
Atonie gastrointestinală
precum şi
Toate indicaţiile calciului

Cutii cu 5, 20 şi 50 fiole à 5,3 cc.

Laboratorul „Dr. ALEXANDRU RADU" Bucureşti 3, Str. Sofia 30

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.
Fiole de 100 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Hormonul antehipofizar gonadotrop

extras din urină de gravidă

GLANDUANTIN

Fiole şi tablete, titrate pe unităţi.

Fiole de 20 unităţi internaţionale. Tablete de 150 unităţi internaţionale.

Remediul sigur al durerilor de orice natură

Veropyron

pulbere şi tablete

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop:
Copii micí: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate:
Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

NEOLIDES

(Generatoare de oxigen şi ozon)

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulceraţiunile colului.

OVUNÉOL

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic şi glicerină.

Nu păteză. 1 ovulă seara la culcare.

Laboratoires du Prof. BOTTU — PARIS.

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei BUCUREŞTI III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 6 | 10 Lei Exemplarul | 15 Martie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 141/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

BIBLIOTECA CENTRALA „ASOCIAŢIUNII" TIBIU

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. ŞTEFAN NICOLAU: *Consideraţiuni relativ la patologia generală a moştenirii sifilitice* . . 61

REVISTA CĂRŢILOR

Dr. Gh. Banu: Ştiinţa medicinei sociale, recenzat de Dr. C. D. Constantinescu 66

Dr. Petre Râmneanţu: Elemente de Biometrie Medicală şi Statistică Vitală, recenzat de Agr. Dr. M. Zolog 67

CRONICI

Activitatea organizaţiei de Igienă a Societăţei Naţiunilor 68

Pagina

ORGANIZAREA SANITARĂ

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Şcoalele de infirmiere* 69

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

O importantă modificare adusă Codului Penal «Carol II» privitoare la avortul medical şi la cel eugenic; Activitatea Secţiunei de Biologie a Institutului de Ştiinţe Sociale al României; Ce a dat Ardealul pentru medicina românească; Numire de medic primar; Medici reuşiţi la examenul pentru circumscripţiile C. F. R. 70

Pagina

Activitatea diviziei IX de chirurgie dela spitalul Brâncovenesc; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţii; Mişcare în corpul medical; Inaintarea medicilor-căpitani de rezervă la gradul de medici-maiori; Către abonaţii «României Medicală» 71

Regulamentul pentru ocuparea posturilor de interni de spitale . . 72

BIBLIOGRAFII

Dr. Al. D. Rădulescu: Tratat de ortopedie chirurgicală. Cluj. Tipografia «Cartea Românească», 1939. Un volum de 1000 pagini, frumos ilustrat 1200 lei.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

Hemostaticul fiziologic

Manetol BAYER

In hemoragii ale cavităţii naso-faringiene, hemoragii intestinale, hemoragii ale căilor urinare, hemoptizii. Scurtează durata hemoragiei.

Preventiv pentru limitarea la minimum a pierderilor de sânge în intervenţiuni chirurgicale.

»Bayer« LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-92-86, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18 Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

VITAPLEX

Vitamine „CHINOIN"

Numele preparatului	Substanţa activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A.	**Vitamina A.**	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ $A+D_2$	„ $A+D_2$	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B_1	„ B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete:* tuburi cu 20 buc. *Injecţii:* cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C	„ C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete:* tuburi cu 10 buc. *Injecţii:* cutii cu 5% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc. „ „ „ 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D_2 (Devitol)	„ D_2	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	În comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E	„ E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

Reconstituant energic

în Anemii

Debilitate

Convalescenţă

„Sapic"-TONICUM

SIROP

Arsen
Fier
Mangan
Cupru
Strichnină
Glicerofosfaţi

Fiind plăcut la gust e luat cu plăcere şi de copii.

LACTOCRESIN

„Sapic"

Sirop pe bază de:

Gaiacol lichid
Lactofosfat de Calciu
Codeină
Tinct. de Aconit

Puternic desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Recalcifiant

Analeptic **Cardiotonic**

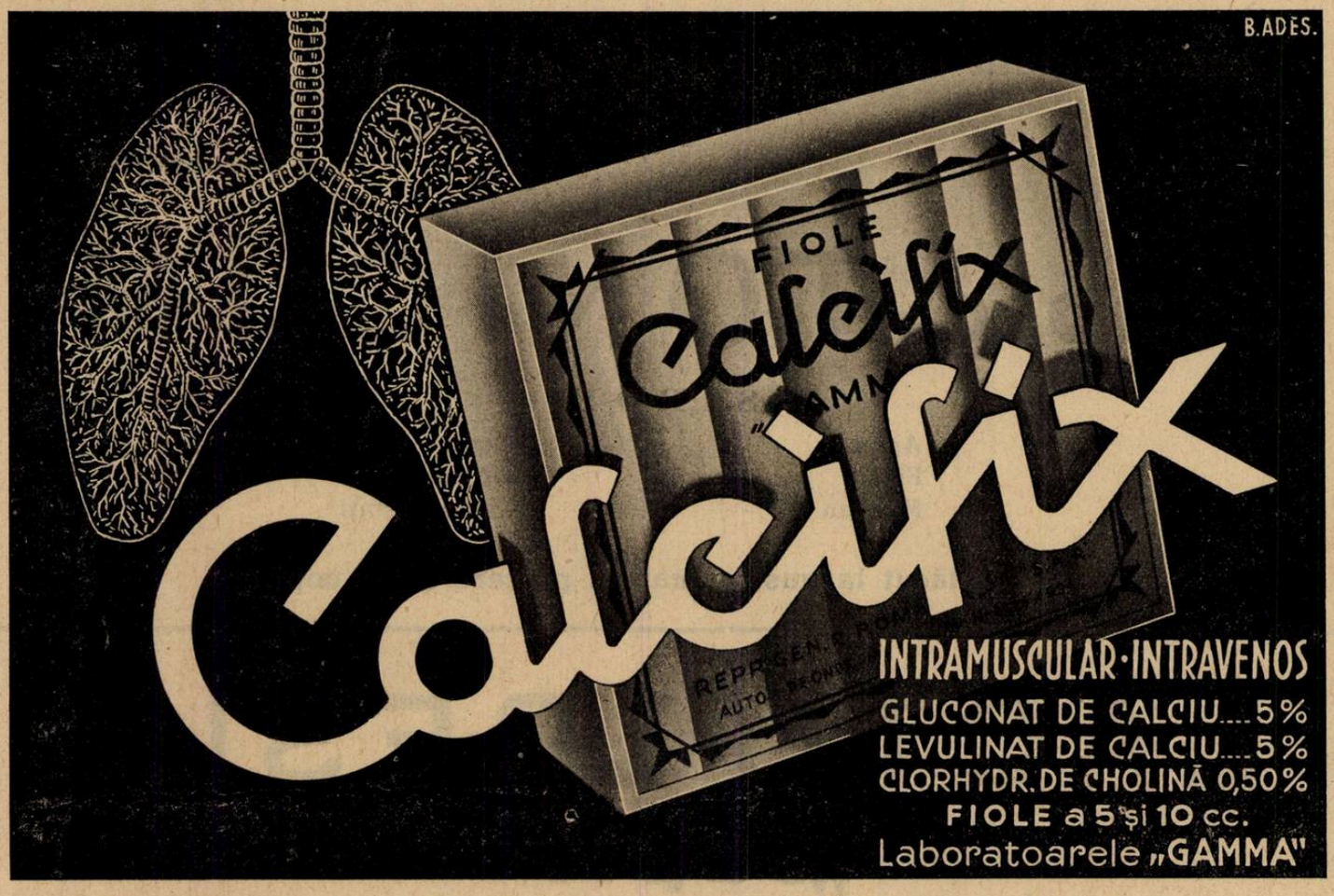
CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături. Fiole injectabile. Pulbere pentru receptură.

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
„SAPIC"
Bucureşti VI, Strada Cazărmei No, 89.

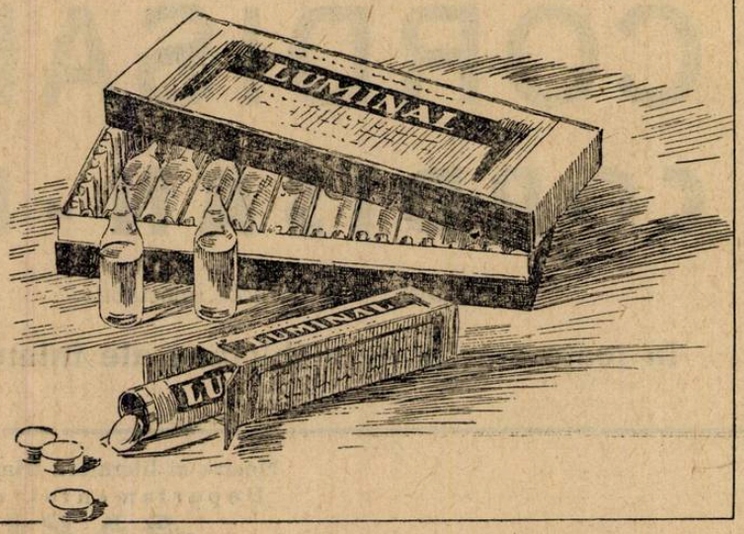


Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti VI. Tel.: 5.51.51

Luminal

Acţiune depresivă şi spasmolitică sigură asupra funcţiunilor centrului motric.

In epilepsie, eclampsie, tetanie, coree, stări de agitaţie, hiperemeza gravidelor, insomnie.



E. Merck DARMSTADT

»Bayer« LEVERKUSEN

»CHIMIROMAN«
Bucureşti I
Str. Th. G. Masarik 32

«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53.
Sucursala Cluj, Calea Moţilor 18.

Anul XVIII. No. 6 10 Lei Exemplarul 15 Martie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Consideraţiuni relativ la patologia generală a moştenirii sifilitice *)

Partea I. — Moştenirea maternă.

de Prof. Dr. ŞTEFAN NICOLAU

Transmiterea infecţiunii sifilitice de la genitori la produsul concepţiunii este un fapt care, prin evidenţa sa, nu putea să scape atenţiunei chiar a primilor observatori cari s'au ocupat de studiul acestei boale.

Dificultăţile în această materie nu au început decât atunci când s'a încercat să se stabilească rolul ce se cuvine să fie atribuit, în această împrejurare, tatălui sau mamei şi totdeodată să se precizeze mecanismul intim graţie căruia transmiterea infecţiunii s'ar realiza într'un caz sau altul. Problemele cari se pun aici au constituit într'adevăr, în cursul timpului, obiectul unor pasionante discuţiuni şi controverse între sifiligrafi şi, am putea zice că chiar azi, cu toate progresele realizate în domeniul mijloacelor de studiu al acestor chestiuni, prin descoperirea agentului patogen al boalei şi a reacţiunilor de diagnostic serologic, rămân încă un număr important de puncte asupra cărora ştiinţa nu este încă pe deplin fixată.

Interesul ce s'a manifestat întotdeauna chestiunilor în legătură cu problema sifilisului moştenit este usor de înţeles, dacă ne gândim că de modul cum aceste probleme sunt interpretate şi deslegate depinde într'o largă măsură orientarea mijloacelor de apărare contra acestei infecţiuni, care, aci, atacă viaţa la izvorul său chiar, în însuşi pântecele mamei, periclitând astfel sănătatea şi chiar viaţa descendenţilor, conducând, prin avorturile la care dă naştere şi prin degenerescenţele de tot felul pe care le imprimă acestor descendenţi, la depopulare şi la secătuirea rasei.

Privită din acest punct de vedere, problema moştenirii sifilitice şi a mijloacelor de prevenire a acestui flagel, ne apare în toată importanţa şi întinderea sa, ea fiind din acelea care, prin numeroasele sale laturi şi repercusiuni, trebue să intereseze nu numai pe sifiligraf, ci, în egală măsură, şi pe obstetrician, pe pediatru, pe eugenist şi chiar pe sociolog.

Înainte de a intra în subiectul propriu zis al chestiunii pe care ne propunem a o trata, ţinem să observăm că, de acord cu alţi sifiligrafi, considerăm termenul de «*ereditar*», care se întrebuinţează în mod curent, mai ales în literatura franceză şi la noi, pentru a se desemna sifilisul transmis dela părinţi la copii, este un termen impropriu, transmiterea unei infecţiuni dela genitori la produsul concepţiunii, oricare ar fi mecanismul prin care ea ar fi realizată, necadrând câtuşi de puţin cu sensul ce se atribuie noţiunii ereditătii. De aceea, în expunerea noastră vom evita expresiunea de sifilis «ereditar», înlocuind-o prin aceea, mai corespunzătoare realităţii, de sifilis «*moştenit*», sau, după terminologia autorilor germani, acea de sifilis «*congenital*».

* * *

Produsul concepţiunii fiind opera comună a participării ambilor genitori, infecţiunea sifilitică moştenită ar putea fi socotită, în mod teoretic, ca putând deriva într'o egală măsură de la mamă ca şi dela tată. In realitate însă, după cum se va vedea îndată, această presupunere este departe de a corespunde adevărului.

In cele ce urmează ne propunem să expunem, în mod cât se poate de obiectiv, *starea cunoştinţelor noastre actuale* cu privire la rolul ce se cuvine să fie atribuit fiecăruia dintre genitori în etiologia sifilisului moştenit, căutând cu această ocazie să delimităm, cât se va putea mai precis, faptele bine demonstrate deja, de acelea aparţinând încă de domeniul ipotezei.

I. — *Rolul mamei în transmiterea sifilisului moştenit* (sifilis moştenit, sau congenital, de origine maternă).

După părerea admisă astăzi de majoritatea sifiligrafilor, mama este aceea care joacă rolul covârşitor în transmiterea infecţiunei sifilitice la produsul concepţiunii. Unii autori împing chiar această părere atât de departe, încât susţin că mama ar fi singurul izvor al sifilisului moştenit, negând astfel cu desăvârşire posibilitatea transmiterei boalei dela tată. Cu alte cuvinte, după dânşii, sifilisul tatălui n'ar putea avea răsunet asupra produsului concepţiunii decât indirect, prin intermediul mamei, şi anume numai dacă aceasta a fost în prealabil infectată.

Vom vedea mai departe ce se cuvine să credem în această privinţă.

Inainte de a trece la studiul mecanismului, graţie căruia infecţiunea mamei se propagă la produsul concepţiunii, credem interesant să discutăm aci, în prealabil, câteva probleme, deosebit de interesante din punct de vedere practic, relativ la patologia generală a sifilisului moştenit.

a) *Care este perioda cea mai periculoasă a sifilisului matern în ce priveşte posibilităţile sale de transmitere la descendenţi şi care par să fie limitele extreme ale acestei transmisibilităţi?*

Relativ la prima din aceste chestiuni, observaţiunea clinică demonstrează cu prisosinţă că infecţiunea mamei este cu atât mai periculoasă pentru urmaşii săi, cu cât ea este mai proaspătă, adică cu cât ea se găseşte mai aproape de începutul său, dar că după un număr de ani indicele său de nocivitate începe să scază şi continuă apoi să scază progresiv, în măsura scurgerii timpului şi aceasta în absenţa chiar a oricărui tratament.

Astfel, pe un număr de 176 de copii născuţi morţi, din mame sifilitice, observaţi de *Fournier*, 88 din ei proveneau din mame a căror infecţiune se găsea în cursul primului an; în alte 34 de cazuri infecţia mamei se găsea în cursul celui de-al doilea an; în 17 din ele, în al treilea an; în 7 în al patrulea; în 5, în al cincilea, pentru ca apoi numărul lor să scază la unităţi către al zecelea an şi mai târziu.

Din datele acestui autor, concordante de altfel cu acelea ale tuturor sifiligrafilor, rezultă prin urmare că primii 3 ani ai infecţiunii materne sunt aceia cari reprezintă perioada cea mai pernicioasă, din punctul de vedere al riscurilor de moştenire a sifilisului şi, printre aceşti 3 ani, locul de frunte îl ocupă primul an, pe care, cu drept cuvânt, îl putem considera ca adevăratul an fatal pentru descendenţă. Intr'adevăr, tot după *Fournier*, din 98 femei, însărcinate în cursul primului an al infecţiunei lor, observate de dânsul, nu mai puţin de 88 din ele au dat naştre unor copii născuţi-morţi, sau morţi la scurt timp după naştere. O adevărată hetacombă infantilă, după cum se vede! Nu credem că s'ar putea invoca un document mai impresionant relativ la acţiunea abortivă şi feticidă pe care sifilisul matern proaspăt o poate exercita asupra descendenţilor.

*) *După lecţiunea de deschidere a cursului de Dermato-Sifiligrafie, ţinută în ziua de 19 Februarie 1940.*

Cu drept cuvânt s'a putut zice că dintre toate cauzele care pot conduce la moartea şi expulzarea prematură a produsului concepţiunii, sifilisul mamei este acela care reprezintă, fără îndoială, factorul predominant. Acest lucru nu trebuie niciodată uitat şi, ori de câte ori în practică vom întâlni femei făcând avorturi, şi mai ales avorturi în serie, să ne gândim în primul rând la sifilis şi aceasta, în absenţa chiar a oricărui semn revelator din partea mamei, căci, după cum vom vedea mai departe, sifilisul mamei se poate uneori comporta ca o infecţie latentă.

Nu trebuie însă să ne închipuim că, odată trecută perioada nefastă a infecţiunii, orice pericol ar dispare pentru descendenţi. Şansele de transmitere ale sifilisului matern scad într'adevăr, — după cum am văzut, — în cursul anilor, dar nu este mai puţin adevărat că ele pot persista uneori un timp foarte îndelungat. Personal, am avut ocazia să văd o femee care, rămânând însărcinată în al 18-lea an al infecţiunii sale, a dat naştere unui copil sifilitic, iar alţi sifiligrafi au putut vedea acelaş lucru producându-se la epoci şi mai înaintate încă. In anul 1926, *Bertin* a insistat, cu drept cuvânt, asupra faptului că starea de graviditate poate exercita, în anumite cazuri, un fel de «reactivare» asupra sifilisului femeii, redeşteptând şi redând virulenţa lor unor infecţiuni pe care am fi avut tot dreptul să le considerăm ca stinse de multă vreme.

b) O a doua chestiune de ordin practic pe care ţinem să o mai discutăm aci este aceea relativă la *modul cum se comportă sifilisul unei femei însărcinate, faţă de fătul pe care îl poartă în pântece, atunci când ea, sănătoasă în momentul concepţiunii, n'a fost infectată decât mai târziu, în cursul sarcinei* (sifilis matern post-concepţional).

Transmiterea sifilisului matern făcându-se, după cum vom vedea îndată, pe cale placentară, lucrurile se petrec aci la fel cum se petrec în infecţiunile anterioare graviditătii, afară numai de anumite aparenţe înşelătoare, pe care ne propunem să le discutăm aci. S'a crezut anume, multă vreme, că dacă infecţiunea femeii n'ar fi realizată decât în cursul ultimelor două luni, fătul ar avea toate şansele să rămână indemn.

Ne grăbim să adăogăm însă că cercetările mai noi au arătat că acest mod de a vedea nu corespunde adevărului. Eroarea comisă asupra acestui punct este explicabilă, dacă ne gândim că ea datează dintr'o epocă când nu se cunoştea încă bine precocitatea cu care se operează răspândirea infecţiunii sifilitice în organism, considerându-se că sifilisul n'ar deveni, cum se zicea pe atunci, constituţional, decât după două luni dela contaminare, adică cam odată cu izbucnirea erupţiunilor secundare. In felul acesta, s'a putut conchide, în mod eronat, că o mamă infectată în cursul lunii a 8-a sau a 9-a, n'ar mai putea fi periculoasă pentru făt, acesta născându-se înainte ca infecţiunea mamei să fi avut timpul să ajungă în faza sa septicemică.

Ştim însă astăzi că generalizarea infecţiunii sifilitice se face, în realitate, la o epocă mult mai timpurie. Spirocheţi răzleţi încep într'adevăr să pătrundă în circulaţia generală chiar din epoca accidentului primar şi, după unii autori, chiar la câteva ore după inoculare, trecerea lor continuându-se apoi mai departe şi în mod din ce în ce mai activ, în tot cursul perioadei de a doua incubaţiune, pentru a-şi atinge, cum se ştie, apogeul său către sfârşitul acestei perioade, când se produce adevărata mare septicemie treponemică. Aşa fiind lucrurile, putem uşor înţelege cum fătul poate fi contaminat, chiar dacă infecţiunea mamei nu ar fi realizată decât cu puţine zile înainte de naştere. Citâm aci, ca exemplu, un caz al lui *Péhu*, referitor la o femee la care şancărul sifilitic nu şi-a făcut apariţia decât cu 15 zile înainte de termen şi care, cu toate acestea, a dat naştere unui copil sifilitic; mai citâm apoi o statistică a lui *Bobrie*, relativă la 12 femei, infectate în cursul lunei a 9-a, din cari 8 au dat naştere la copii sifilitici şi alte 4 la copii în aparenţă sănătoşi, care însă n'au putut fi suficient urmăriţi, pentru a se afirma ceva sigur relativ la starea lor reală.

Ceeace a mai contribuit într'o largă măsură la acreditarea eroarei enunţate a fost şi faptul că aceşti copii, proveniţi din mame infectate către sfârşitul graviditătii, se nasc de cele mai multe ori sănătoşi în aparenţă, adică lipsiţi de orice manifestare vizibilă de sifilis, lucru foarte natural şi uşor de înţeles astăzi, ei găsindu-se încă, în momentul naşterii, în cursul perioadei de incubaţie sau de latenţă clinică a boalei lor.

Urmărirea mai îndelungată a acestor copii pe cale clinică şi mai ales serologică, a putut demonstra însă realitatea infecţiunii lor în majoritatea cazurilor. Astfel, *Berthe Sabin*, examinând din punct de vedere serologic 23 de copii, în aparenţă sănătoşi, născuţi din mame infectate între a 5-a şi a 9-a lună a graviditătii, a putut constata la 16 din ei existenţa unei reacţiuni Wasserman pozitivă, la o săptămână după naştere; la alţi 4, reacţiile serologice nu s'au pozitivat decât mai târziu, în cursul lunei a 2-a după naştere, iar la alţi 3 reacţiunile persistau încă să fie negative la vârsta de 6 luni.

După *Rietschel*, absenţa manifestărilor de sifilis moştenit, la noul născut, ar mai putea fi atribuită uneori unei infecţiuni şi mai tardive, încă, a fătului, realizată în ultima oră, ca să zicem astfel, a graviditătii, anume în chiar timpul travaliului, pătrunderea spirocheţilor în organismul copilului fiind favorizată, în acest moment, de rupturile vasculare ce se produc în placenta fetală în timpul contracţiunilor uterine. Dacă într'adevăr, acest mecanism de infecţie, denumit de autor «intrapartum», ar fi real, perioada de latenţă post-partum va trebui să fie în astfel de cazuri şi mai prelungită decât aceea a copiilor din categoria precedentă şi, în acelaş timp, susceptibilă de mari variaţiuni individuale în ce priveşte durata sa, în raport cu quantumul numeric de paraziţi inoculaţi.

Ori cum ar fi lucrurile, ţinând seama de faptele enunţate, nu avem niciodată dreptul să declarăm indemn un copil procreat de o mamă sifilitică floridă, oricare ar fi aparenţele de sănătate sub care el s'ar prezenta, înainte ca el să fi fost supus unei observaţiuni clinice şi serologice mai îndelungată, de cel puţin 6 luni.

c) O a treia chestiune de ordin practic care ne mai rămâne s'o discutăm aci este următoarea: *Cum se comportă aceşti copii, indemni în aparenţă, faţă de infecţiunea mamelor lor? Sunt ei întotdeauna bolnavi, sau nu, şi în acest din urmă caz, care trebue să fie linia noastră de conducere cu privire la alăptarea lor?*

Existenţa acestor forme înşelătoare de sifilis asimptomatic al noului născut nu putea desigur să scape atenţiunii observatorilor mai vechi, care au înţeles din primul moment importanţa problemelor pe care le poate pune în practică alăptarea lor.

Intr'adevăr, în anul 1865, un medic italian, *Profeta*, a formulat în această privinţă o regulă de conducere precisă, cunoscută de atunci în sifiligrafie sub numele de *legea lui Profeta*, şi care sună astfel: «*Un copil, în aparenţă sănătos, născut dintr'o mamă sifilitică, poate fi alăptat de mama sa, sau de o doică sifilitică, fără nici un pericol ca el să fie contaminat*». Pentru explicarea acestui fenomen s'a invocat, pe timpuri, existenţa, la aceşti copii, a unei imunităţi pasive, transmisă în cursul sarcinei, dela mamă, imunitatea căpătată pe această cale făcându-i refractari faţă de infecţiune. Mijloacele mai noi de diagnostic al sifilisului latent au arătat însă că nereceptivitatea acestor copii faţă de sifilis nu recunoaşte în realitate altă cauză decât aceea că, *în imensa majoritate a cazurilor*, sunt ei înşişi atinşi, sub o formă latentă, de această boală.

Am zis că acest lucru este adevărat în imensa majoritate a cazurilor şi nu în mod absolut, deoarece se cunosc abateri dela regula enunţată.

Există într'adevăr în literatură număr de observaţiuni, publicate toate

Tratamentul şancrului moale

DMELCOS

Vaccin atoxic stabilizat titrând 225 milioane de bacili Ducrey pe cc.
SURSE POLIVALENTE

Cutii cu
6 fiole gradate
(1cc., 1,5cc., 2cc., 2,5cc.
3 cc. şi 3 cc.)

INJECŢII INTRAVENOASE

Diagnosticul şancrului moale

CUTI-DMELCOS

Emulsiune titrând 450 milioane de bacili Ducrey pe cc.

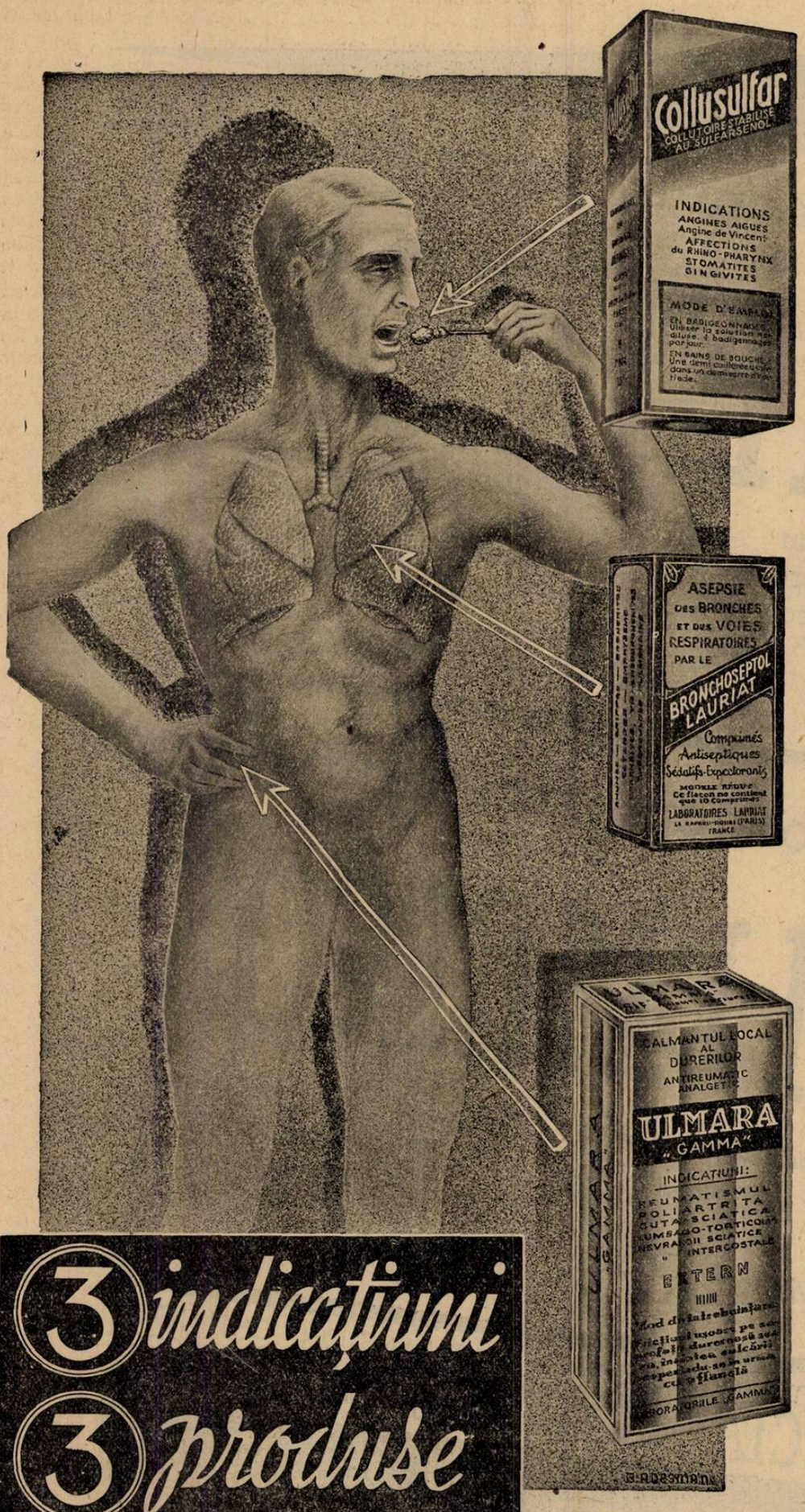
Fiole
de 1/4 cc.
CUTII CU 5

INTRADERMOREACŢIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA Marques Poulenc frères & Usines du Rhone
21, RUE JEAN GOUJON PARIS (8e)

ODETTE ZÉAU

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III



COLLUSULFAR

SULFARSENOL . . 5 gr.
EXCIPIENT q. s. p. 100 cc.

ANGINE ACUTE
ANGINA LUI VINCENT
GINGIVITE

BADIJONAJ ŞI BĂI DE GURĂ

BRONCHOSEPTOL

„LAURIAT"

Pudra de Doveri Codeinată (0,10)	Ipeca	0,01
	Sulf. de pot.	0,04
	Nitr. de pot.	0,04
	Codeină	0,01
BROMOL (Tribr.)		0,02
Extract de Aconit		0,0025
„ de Belladonă		0,005
Terpină		0,05
Benzoat de Sodiu		0,10
Excipient		0,33

AFECŢIUNILE CĂILOR RESPIRATORII

4—6 PE ZI

ULMARA

„GAMMA"

ES. DE SPIREA ULMARIA
„ „ MATRICARIA
„ „ TEREBENTINĂ
„ „ THYM
„ „ LAVANDĂ
„ „ ROSMARIN
CLOROFORM

ANTIREUMATIC ANALGETIC

FRICŢIUNE

3 indicaţiuni
3 produse

Repr. generală pentru România: „S. I. F." S. A. R. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

sub numele de *«excepţiuni la legea lui Profeta»*, în care este vorba de copii născuţi din mame sifilitice şi care copii, alăptaţi de mamele lor purtătoare în acel moment de leziuni specifice ale mamelonului, au putut fi contaminaţi de dânsele, infecţiunea lor traducându-se prin desvoltarea de sifiloame primare tipice, la buze sau la gingii, însoţite în mod constant de adenopatii satelite.

Dacă unele din cazurile publicate drept abateri dela legea lui *Profeta* nu sunt suficient de convingătoare, pentru a fi reţinute aci, rămâne totuşi un număr din ele, nu prea mare, ce e drept, vreo 20 în total, aparţinând toate unor sifiligrafi de seamă *(Krowszinski, Arning, Glück, Grunfeld, Haslund, Bering, Laurent, Fischl,* etc.), care par la adăpost de orice cauze de eroare şi care merită ca atare toată atenţiunea noastră.

Iată prin urmare un prim grup de fapte tinzând a demonstra că transmiterea intrauterină a infecţiunii dela mamă la copil nu este totdeauna obligatoare.

Tot aci se cuvine să mai menţionăm un alt grup de fapte tinzând şi ele a demonstra, deşi în condiţiuni ceva mai deosebite, că moştenirea sifilisului matern, chiar florid, nu este întotdeauna fatală. Voim să vorbim, anume, de acele cazuri de contaminare zise *«la trecere»*, adică de copii infectaţi cu sifilis în momentul chiar al expulziunii lor vaginale, cu ocazia unui contact ceva mai prelungit (în toate cazurile cunoscute era vorba de faceri laborioase) cu diafragmul vulvar, atins în acel moment de leziuni contagioase.

In toate aceste cazuri, nu prea numeroase nici ele, în total vreo 12, era vorba de copii nou-născuţi care, după o incubaţie de 3—4 săptămâni de la naştere, au prezentat unul sau mai multe sifiloame primare ale feţei, sau ale pielei capului, însoţite totdeauna de adenopatii satelite, realizându-se astfel şi la dânşii, în întregime, tabloul clinic ce caracterizează în ansamblul său *«complexul primar»* al sifilisului.

Cazul acestor copii, născuţi din mame sifilitice şi infectaţi de dânsele, după naştere, n'ar putea fi înţeles altfel decât admiţându-se că ei rămăseseră indemni până în acel moment, adică că scăpaseră infecţiunii intrauterine. Existenţa unor astfel de cazuri constitue, o repetăm, un fel de mărturie indirectă cum că transmiterea intrauterină a infecţiunei materne, cu toată regularitatea sa, n'ar fi absolut constantă.

In interesul unei expuneri imparţiale a chestiunei, se cuvine însă să adăogăm aci că în ultimul timp s'a căutat a se da acestor fapte o interpretare cu totul deosebită. S'a susţinut anume că sifilomele primare căpătate de nou-născuţii, aparţinând categoriilor de mai sus, n'ar avea altă semnificare decât aceea a unor leziuni de *«superinfecţie,* la nişte copii deja infectaţi, către sfârşitul vieţii lor intrauterine şi la care, din acest motiv, imunitatea şi alergia lor tegumentară nu avusese încă timp să se desăvârşească (este adevărat că în sifilisul căpătat al adultului, suprainfecţiile traducându-se încă prin leziuni de tip «sifilom primar», rămân posibile până la o dată de aproximativ 32 — 35 zile dela «prima infecţiune»). Ar fi vorba, prin urmare, în astfel de cazuri, de un amestec, sau mai bine zis de o *suprapunere* a unei infecţii căpătată, pe una moştenită, un fel de sifilis *«dublat»* sau *«binaria»* al noului-născut, analog cu acela descris încă de multă vreme de *Tarnowski,* în sifilisul congenital tardiv al adultului.

Această concepţie, susţinută pentru prima dată de *Matzenauer,* într'un memoriu de mare răsunet publicat în 1903, şi invocată din nou în timpul din urmă de către *Rietschel,* pentru a explica patogeneza nu numai a cazurilor publicate drept excepţiuni la legea lui *Profeta,* dar şi pe aceea a infecţiilor «la trecere», a căpătat, este adevărat, oarecare teren, în timpul din urmă, în urma unei interesante constatări, făcute de *Schilling* şi *Hoffmann,* la un nou născut, infectat la «trecere» şi prezentând un sifilom primar tipic al pielei capului, însoţit de adenopatie satelită. Or, acest copil sucombând la vârsta de 7 săptămâni, autopsia a permis autorilor citaţi să constate, la dânsul, existenţa unor leziuni intense ale ficatului, ale splinei şi ale epifizelor oaselor lungi, leziuni pline de spirocheţi şi tipice pentru un sifilis moştenit.

Această remarcabilă constatare anatomo-patologică, demonstrând coexistenţa la acelaş individ a unor leziuni sifilitice de modalităţi diferite, aparţinând unele tipului «căpătat», iar altele tipului «moştenit», constitue de sigur, trebue s'o recunoaştem, un document din cele mai sugestive în favoarea concepţiei susţinută de *Matzenauer* şi *Rietschel,* dar ne grăbim să adăogăm că nimic nu îndreptăţeşte, pentru moment, să admitem că interpretarea acestor autori s'ar putea extinde asupra tuturor cazurilor publicate drept excepţiuni la legea lui Profeta, din care unele o repetăm, par la adăpost de orice contestare.

Din cele spuse, putem conchide că *o femee sifilitică care se găseşte în perioada virulentă a boalei sale* (indiferent dacă infecţia sa este anterioară sau posterioară sarcinei) *este susceptibilă să contamineze produsul concepţiunii. Această contaminare, cu tot caracterul său quasi-obligator, nu avem însă dreptul să o considerăm ca absolut fatală, întrucât, după cum am văzut, se cunosc cazuri certe, rare ce e drept, de copii născuţi sănătoşi din mame sifilitice.*

Vom vedea mai departe, când va fi vorba despre mecanismul transmiterii sifilisului de la mamă la făt, cum am putea concepe astăzi explicaţia acestor abateri de la regula generală.

Excepţiunile în chestiune nu sunt de sigur de natură să ridice orice însemnătate practică legii lui *Profeta,* al cărui statut putem zice că rămâne şi astăzi, grosso modo, în picioare. In interesul preciziunii şi al rigoarei ştiinţifice, existenţa acestor excepţiuni ne obligă totuşi, cu toată raritatea lor, să preconizăm astăzi oarecare restricţiuni cu privire la formula originară a acestei legi, în scopul de a o moderniza şi a o pune în concordanţă cu noile achiziţii făcute în domeniul diagnosticului sifilisului latent.

Credem anume că n'ar fi prudent să se încredinţeze alăptării materne orice copil născut dintr'o mamă sifilitică, aşa cum reiese din litera legii lui *Profeta, ci numai aceia a căror reacţiuni serologice sunt pozitive,* care prin urmare, şi-au făcut prin aceasta proba îmbolnăvirii lor. Pentru cei cu reacţiuni negative, cât şi pentru aceia la care examentul serologic, din diverse motive, nu s'a putut practica, preconizăm alăptarea artificială.

In nici un caz aceşti copii nu vor fi încredinţaţi unei doici.

* * *

După ce am văzut care sunt eventualităţile posibile faţă de infecţiune, a copiilor născuţi din mame sifilitice, ne mai rămâne să discutăm acum, termenul invers al acestei probleme, adică acela privind situaţia mamelor care au născut un copil sifilitic. Intrebarea care se pune aici este următoarea: Sunt oare aceste mame totdeauna bolnave? sau, punând altfel chestiunea, o mamă sănătoasă poate ea da naştere unui copil sifilitic? Da, răspund partizanii posibilităţii moştenirii sifilisului de la tată; nu, zic toţi aceia care nu recunosc decât moştenirea maternă exclusivă, aceştia din urmă susţinând că chiar atunci când mama pare sănătoasă, aceasta nu este decât o aparenţă înşelătoare, pe care un examen mai aprofundat permite întotdeauna a o demasca.

Este adevărat că putem întâlni, din când în când, în practică, cazuri, în care legătura între sifilisul copilului şi acela al mamei, nu ne apare cu toată claritatea, din primul moment, infecţia mamei trebuind de multe ori să fie căutată cu tot dinadinsul pentru a putea fi descoperită. Ştim, în această privinţă, cât de des sifilisul femeii poate îmbrăca forme ascunse, infecţia netrădându-se la ele decât mai târziu, şi de cele mai multe ori întâmplător, cu ocazia unui avort producându-se ea

din senin, sau prin apariţia unui accident de ordin terţiar, o gomă cutanată, o aortită, un tabes, etc. Am vorbit pe larg cu altă ocazie, despre aceste forme de infecţiuni «mute», ale femeii şi am insistat îndeajuns asupra modului cu ele trebuiesc interpretate, pentru a mai reveni din nou aci asupra acestei chestiuni. Ne mărginim numai să reamintim că după părerea admisă astăzi, am avea aface în astfel de cazuri cu femei infectate de bărbaţi, în general vechi sifilitici, *prin intermediul spermei*, produs relativ sărac în spirocheţi, în tot cazul incomparabil mai sărac decât o leziune specifică propriu zisă.

In concordanţă cu rezultatele experimentate obţinute de *Gastinel* şi *Pulvenis*, în urma inoculărilor *pauci-spirochetice*, la iepuri, care inoculări, după cum au arătat autorii citaţi, nu mai dau loc, sub un anumit prag numeric de germeni, decât la infecţiuni inaparente şi fără desvoltare de leziune la punctul inoculat, tot astfel şi sifilisul acestor femei, rezultat el însuşi, după cum am spus, al inoculării unui număr restrâns de germeni, se comportă adesea ca un sifilis decapitat, fără şancăr, iar accidentele secundare, când se produc, îmbracă de obicei forme atât de uşoare, încât adeseori ele scapă atenţiunii bolnavilor. Acesta este desigur unul din principalele motive pentru care sifilisul femeii rămâne atât de des lipsit de antecedente valabile, sau chiar complect ignorat, eventualitate care s'ar găsi realizată după statisticele lui *Cordier*, în 52% din cazuri, iar după acelea ale lui *Lesser*, în 60%.

Cunoaşterea acestor forme de sifilis mascat al femeii este din cele mai interesante, nu numai din punct de vedere practic, ci şi doctrinar, deoarece, după cum vom vedea mai departe, interpretarea eronată a acestor fapte a condus la edificarea unei doctrine, astăzi abandonată, aceea a sifilisului zis «conceptional», asupra căruia vom avea ocazia să revenim.

Examenul minuţios al acestor femei permite însă, de cele mai multe ori, descoperirea infecţiunii lor ascunse. Pentru aceasta nu trebue însă să ne mulţumim numai cu cercetarea antecedentelor sau cu examenul lor clinic, care foarte des rămân fără răspuns, ci trebue să procedăm în mod constant la examenul lor serologic, recurgând chiar, în caz de nevoie, la o reactivare prealabilă. După Rietschel, şansele de a se obţine reacţiuni pozitive în astfel de cazuri sunt cu atât mai mari, cu cât examenul serologic al femeii este practicat la o epocă mai apropiată de momentul naşterii, făcându-se bineînţeles întotdeauna uz de procedeele cele mai sensibile. Ţinem să adăogăm, relativ la acest din urmă punct, că *Hoffmann* a insistat de curând în mod special, asupra superiorităţii pe care o prezintă, în astfel de cazuri, reacţiunile de precipitare asupra celor de fixare. Practicate în condiţiunile arătate, reacţiunile serologice ale acestor femei cu infecţiuni mute clinicește, permit obţinerea de rezultate pozitive în 90% cazuri, după *Baisch* şi *Weber* şi chiar în 96%, după *Rietschel*, proporţii, după cum se vede, aproape egale cu acelea pe care le întâlnim în cazurile de sifilis proaspăt obişnuit.

Cum se comportă aceste femei atinse de forme inaparente de sifilis, faţă de infecţiunea copilului lor? Sunt ele totdeauna bolnave, sau nu şi în acest din urmă caz ce regulă trebuie să adoptăm şi aci cu privire la alăptare? Pe la începutul secolului trecut, între anii 1837 şi 1840, doi sifiligrafi, *Colles* şi *Baumès*, lucrând independent unul de altul, au atras atenţia, aproape în acelaşi timp, asupra faptului că asemenea femei, indemne în aparenţă de sifilis, nu pot fi infectate de copiii lor, născuţi sifilitici. Plecaţi dela observaţa acestui fapt, numiţii autori au fost conduşi să formuleze o lege care constitue azi un fel de «pendant» sau de «replică» a aceleia a lui *Profeta*, despre care am vorbit deja.

Legea formulată de aceşti autori şi care poartă în sifiligrafie, după numele lor, titlul de «*legea lui Colles* şi *Baumès*», sună astfel: «*O femee, în aparenţă sănătoasă, care a născut un copil sifilitic, poate alăpta la sânul său acest copil, fără nici un pericol de contaminare pentru dânsa*».

Lipsa de receptivitate a acestor femei, faţă de infecţie, afirmată de autorii citaţi pe baze de observaţii clinice, a căpătat mai târziu o confirmare experimentală, graţie cercetărilor lui *Caspary*, *Neumann*, *Finger* şi alţii cari, inoculând cu virus sifilitic mamele intrând în categoria *Colles—Baumès*, n'au putut obţine la dânsele decât rezultate constant negative.

Pentru explicarea acestui fenomen s'a invocat şi aici existenţa unei imunităţi pasive, transmisă în cursul sarcinei, de astădată pe cale inversă, dela făt la mamă. Este însă demonstrat azi, ca şi pentru copiii intrând în categoria *Profeta*, că starea de nereceptivitate a acestor femei faţă de sifilisul copiilor lor, nu poate recunoaşte altă cauză decât aceea că ele însăşi sunt atinse (sub o formă latentă) de această boală.

Această regulă este şi ea supusă, din când în când, la abateri. Intr'adevăr, cu toată aparenţa de constanţă a faptelor sintetizate în formula Colles — Baumès, trebue să spunem că această formulă, la fel ca aceea a lui *Profeta*, nu pare să exprime nici ea un adevăr absolut, în sensul strict al cuvântului. Există într'adevăr şi aci, în ştiinţă, un număr de observaţiuni, în total în număr de vreo 40, cunoscute în sifiligrafie sub numele de «*excepţiuni la legea Colles-Baumès*», în care este vorba de mame, care, în contradicţie cu litera acestei legi, au putut fi infectate, prin alăptare, de propriul lor copil, purtător de leziuni sifilitice.

Este adevărat că valabilitatea acestor observaţiuni a fost şi ea contestată de *Matzenauer*, acelaş autor care a contestat valabilitatea excepţiunilor la legea lui *Profeta*, susţinând şi aci că leziunile observate în astfel de cazuri, la mame, n'ar fi în realitate sifilome primare propiru zise, ci simple leziuni de «*superinfecţie*», intrând în categoria aşa ziselor «*papule şancriforme*», sau «*monorecidive locale*».

Studiul amănunţit al cazurilor publicate drept excepţiuni la legea *Colles* şi *Baumès* ne arată însă că, dacă interpretarea acestui autor ar putea fi la rigoare admisă pentru unele din ele, nimic nu îndreptăţeşte ca ea să fie aplicată acelor cazuri în care leziunea mamei îmbrăca aspectul tipic al unui sifilom primar, însoţit de adenopatia sa satelită şi urmat apoi, la scadenţa obişnuită, de erupţiuni secundare, adică în acele cazuri în cari s'a putut asista la o desfăşurare complectă a întregului cortegiu de simptome ce caracterizează evoluţia sifilisului obişnuit.

Péhu şi *Pizzera* resping şi dânşii interpretarea lui *Matzenauer*, invocând în mod judicios faptul că nu se cunoaşte încă cazuri de mame atinse de manifestări sifilitice înainte de naştere, care să fi putut fi infectate apoi de copilul lor sifilitic, lucru care ar trebui să se observe des, dacă ar fi vorba aci numai de simple reinfecţiuni.

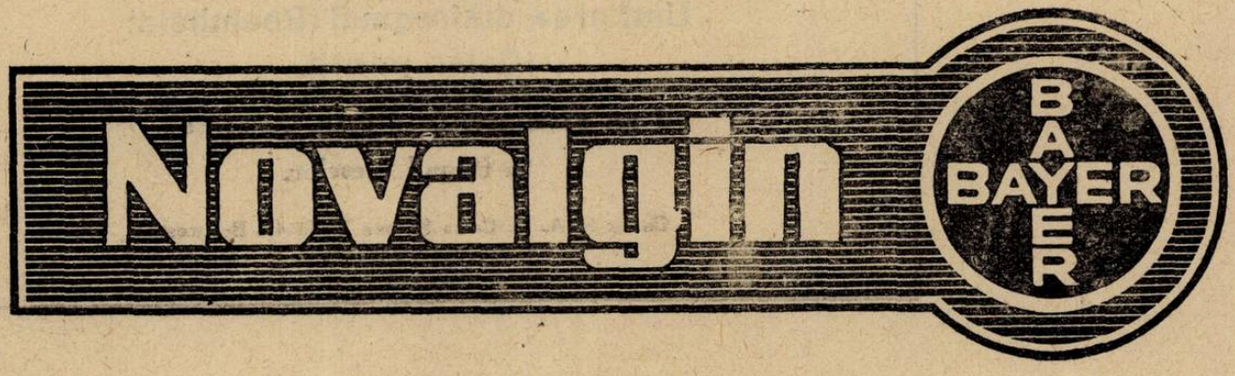
O judecare obiectivă a faptelor nu justifică prin urmare eliminarea, în bloc, a tuturor observaţiunilor publicate drept excepţiuni la legea lui *Colles-Baumès*, autenticitatea unui număr important din ele părând indiscutabilă, aşa încât bazaţi pe existenţa acestor fapte putem conchide că *uneori, contrar regulei generale, copiii sifilitici se pot naşte din mame sănătoase.*

Ţinând seama de existenţa acestor excepţiuni, anumite rectificări se impun şi aci, cu privire la formula originară a legii lui *Colles — Baumès*, în sensul ca alăptarea la sân să fie rezervată numai mamelor prezentând reacţiuni serologice pozitive, preconizându-se alăptarea artificială pentru cele cu serologie negativă, sau pentru cele la care reacţiunile serologice nu s'au putut face.

Mecanismul transmiterii sifilisului dela mamă la produsul concepţiunii.

După părerea unanimă a sifiligrafilor, transmiterea sifilisului dela mamă la făt se face prin intermediul placentei, de unde apoi infecţia se propagă mai departe, prin cordon, la organis-

In stările febrile, dureroase şi inflamatorii



Administrabil per os şi parenteral

Ca analgezic sub formă de injecţii, preparatul are efect şi în stările dureroase grave

Ca antireumatic şi antinevralgic în reumatismul articular şi muscular, lumbago, sciatică

Ca antipiretic forma nouă a picăturilor de NOVALGIN oferă posibilitatea unei dozări individualizate

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I., str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86
Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Intestinol

Pancreas. Duoden. Săruri biliare Carbo. anim.

Turburări digestive. Balonare.
Flatulență. Dispepsie intestinală.
Umflarea diafragmei (Roemheld)
Catar putrid.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau
în timpul meselor.

Codex S. A. R. Calea Șerban Vodă 41. București.

DESITIN

Plăgi. Arsuri. Afecțiuni cutanate. Ingrijirea sugarilor.

*

Intrunește acțiunea ușor astringentă și antiflogistică a pomezilor de zinc cu acea de stimulare a granulațiunilor datorită unturei de pește. Pansamentul nu se lipește.

*

Tub mic, mare. & cut. 300 gr.

*

Codex S. A. R., Cal. Șerban-Vodă 41, București

mul fetal. După o veche și pitorească expresie a lui *Diday:* «drama se circumscrie aci între placentă și cordon».

Cercetările anatomo-patologice, întreprinse după era descoperirei agentului patogen al sifilisului, asupra placentei și organismului fetal, au permis să se dea o bază cu adevărat științifică părerilor deja exprimate în această privință de clinicieni, dar sprijinită până aci numai pe simple deducțiuni. Grație acestor cercetări, un mare număr de autori, printre cari citâm pe *Schaudinn, Levaditi, Baisch* și *Trinchese* și alții, au putut constata prezența spirocheților în placenta maternă, demonstrând cu această ocazie și trecerea lor în spațiile interviloase și de aci mai departe în țesutul propriu zis al placentei, lucru ce constituia o adevărată surprindere asupra faptului, a propagării infecțiunii dela mamă la făt. Un fenomen curios, menționat de toți cercetători cari s'au ocupat de studiul acestei chestiuni este acela al izbitoarei disproporții existând între numărul spirocheților conținuți în placenta maternă și în cea fetală, ei fiind foarte rari în prima și, din contra, extrem de numeroși în a doua. Acest fapt care a fost chiar exploatat de partizanii așa zisului «sifilis conceptional» (despre care vom vorbi mai târziu), s'ar explica, după *Nathan Larrier* și alții prin condițiunile speciale de teren pe care l'ar oferi fiecare din aceste două organe pentru viața spirocheților.

Cunoaștem astăzi, grație lucrărilor lui *Manouélian*, proprietățile germicide de care sunt dotate elementele plasmodiale ale placentei materne și acțiunea împiedicătoare pe care aceasta d'n urmă o exercită asupra posibilităților de desvoltare a spirocheților. Placenta fetală, din contra, constituind, în calitatea sa de țesut tânăr, embrionar, un mediu incomparabil mai propice vieții lor, spirocheții care au reușit să pătrundă într'însa vor intra repede într'o stare de proliferare activă, invadând literalmente țesutul, lucru pe care-l fac de altfel nu numai în placentă, ci și în întreg organismul fetal.

O dovadă indirectă despre rolul pe care placenta îl joacă în transmiterea infecției sifilitice dela mamă la făt, mai reese și din statisticile relativ la epocile când se produc de obiceiu avorturile în sifilis. Or, toate aceste statistici sunt concordante în a arăta că *majoritatea acestor avorturi se fac între a 6-a și a 9-a lună,* cu maximum de frecvență între a 7-a și a 9-a lună, comportându-se, după cum se vede, cele mai multe din ele, ca niște faceri premature. Contrariu, prin urmare acelor avorturi care se produc în primele luni ale sarcinei și care după părerea generală nu pot fi atribuite sifilisului, avem a face aci cu avorturi tardive, producându-se *după epoca desvoltării placentei,* atunci prin urmare când, grație acestui organ, strânse raporturi circulatoare, de contiguitate, s'au putut stabili între organismul matern și cel fetal.

Deosebit de aceasta, cercetări experimentale au venit să-și spună cuvântul lor în această chestiune. *Uhlenhuth* și *Mulzer,* injectând intravenos unei iepuroice însărcinate o emulsie spirochetică, au putut constata că unul din nou-născuți a prezentat, concomitent cu mama, și anume la 2 luni după naștere, leziuni sifilitice. Acest lucru ne arată că odată cu infecția mamei, s'a produs și sifilizarea fătului, infecția acestuia din urmă neputând fi realizată, în condițiunile arătate, decât prin intermediul sângelui matern și deci pe calea placentară.

Care este momentul vieții intrauterine când începe să se facă infecția transplacentară a fătului și care par să fie împrejurările care, la o epocă dată, favorizează trecerea spirocheților dela mamă la făt? Știm că placenta nu începe să se desvolte decât către sfârșitul lunei a 3-a a sarcinei, moment când nutriția placentară a fătului se substitue aceleia ce până acum se făcea prin intermediul veziculei ombilicale. Odată cu desvoltarea placentei, cea mai strânsă legătură se stabilește, după cum spuneam, între circulația mamei și aceea a fătului. Vilozitățile placentare, care reprezintă, ca să zicem astfel, organele terminale ale circulațiunii fetale, se înfundă și se scaldă în *lacurile sanghine* pe cari le circumscrie aici caduca maternă, punându-se astfel față în față, două sisteme circulatorii, cel matern și cel fetal, care, deși perfect izolate și independente unul de altul din punct de vedere anatomic, sunt totuși admirabil condiționate pentru realizarea schimburilor nutritive și de tot felul, între cele două organisme pe care ele le deservesc.

Știm într'adevăr, astăzi, că placenta fetală, cu toată independența sa anatomică, nu constitue, așa cum s'a crezut multă vreme, un filtru perfect față de infecțiuni. Cercetări din cele mai precise au arătat că, în anumite condițiuni, ea se poate lăsa să fie traversată de diverși germeni ce eventual ar circula în sângele matern, cum lucrul a fost demonstrat pentru bacteridia carbonoasă, pentru bacilul Eberth, pentru vibrionul lui Koch, pentru spirilul febrei recurente, etc., infecțiunile cauzate de acești germeni putând fi astfel transmise fătului prin intermediul acestui organ. Acest lucru este perfect stabilit astăzi și pentru agentul patogen al sifilisului, parazit mobil și dotat în acelaș timp, după cum se știe, cu cele mai mari afinități pentru sistemul vascular.

Lucru curios însă, în sifilis, deși posibilități pentru propagarea spirocheților materni în placenta fetală ar trebui să existe, în mod teoretic, chiar dela începutul desvoltării acestui organ, adică chiar din luna a 3-a a sarcinei, cu toate acestea infecțiunea fătului nu începe a se face în realitate decât mai târziu și anume dela a 5-a lună înainte. Faptul sigur este că nimeni n'a putut încă constata până astăzi prezența de leziuni specifice, sau de spirocheți, în placentă sau în organele fătului, înainte de epoca amintită. Singura excepție cunoscută la această regulă, o constitue un caz rămas unic, al lui *Gräffenberg,* privind un făt de 4 luni.

Care ar putea să fie cauza acestei întârzieri în invaziunea placentară a spirocheților? Multă vreme s'a crezut că această invaziune ar fi condiționată de necesitatea desvoltării prealabile a unor leziuni specifice în placenta maternă, care extinzându-se apoi la placenta fetală, ar înlesni pe cale de continuitate și prin intermediul pereților vasculari, propagarea germenilor dela mamă la făt. Asemenea leziuni se pot întâlni desigur, dar ele sunt departe de a fi constante pentru ca existența lor să poată fi invocată ca un factor sine qua non al infecțiunei placentare.

După părerea dominantă astăzi, împrejurările care, la un moment dat determină permeabilizarea placentei față de spirocheți, sunt create de anumite modificări histologice pe care acest organ le încearcă în structura sa, începând dela a 5-a lună a graviditățiî înnainte. Iată într'adevăr cum se petrec lucrurile aici. Se știe că vilozitățile placentei fetale, care mai poartă și numele de *trofoblaști,* sunt căptușite, la începutul desvoltării lor, de două straturi suprapuse, constituite din celule ectodermice: unul profund, constituit din celule globuloase, cunoscut sub numele de stratul lui *Langhans* și altul superficial, constituit din nuclei rotunzi, presărați într'o masă protoplasmică comună, realizând aci un fel de plasmodiu sau syncityum.

Atâta timp cât aceste două strate își păstrează intactă structura lor inițială ele constituesc, prin ansamblul lor, un obstacol de neînvins pentru pătrunderea spirocheților. Or, de la a 5-a lună a graviditățiî înainte, dispozitivul celular menționat, jucând pentru placentă rolul unei cuirase protectoare față de infecțiune, începe să sufere anumite modificări de ordin degenerativ, sau mai bine zis de ordin fiziologic — involutiv, traducându-se în primul rând printr'o atrofie și apoi printr'o dispariție completă a stratului lui Langhans, căreia nu întârzie să-i urmeze apoi o atrofie progresivă a stratului plasmodial subjacent care, dacă nu dispare complect, sfârșește prin a nu mai fi reprezentat, în cele din urmă, decât printr'o masă redusă de celule. In felul acesta, se crează în această

perioadă a sarcinei, cu adevărat critică pentru soarta produsului concepţiunii, condiţiuni speciale de vulnerabilitate a învelişului protector placentar, permiţând invadarea spirochetică a acestui organ şi, mai departe, a organismului fetal.

Rolul transformărilor involutive, menţionate, a trofoblaştilor placentari pare să joace, un rol atât de decisiv în determinismul moştenirii materne a sifilisului, încât la unele animale, cum ar fi de ex. şoarecii, la care aceste modificări nu se produc, transmiterea sifilisului mamei la descendenţi nu are loc, după cum a arătat *Levaditi*, cu toate că spirocheţii abundă în placenta maternă şi în pereţii uterului.

Ar fi locul să ne întrebăm aci dacă nu cumva particularitatea histologică ce caracterizează în mod normal placenta şoarecelui, care am văzut că îşi conservă intactă structura sa iniţială în tot cursul larcinei, nu s'ar putea realiza, câteodată, şi în specia umană, trofoblaştii păstrându-şi întâmplător şi aici integritatea lor. Această ipoteză ne-ar putea permite să înţelegem perfect acele rare excepţiuni de netransmitere a sifilisului matern la produsul concepţiunii despre care am vorbit deja, fătul putând în astfel de cazuri rămâne indemn, cu toată virulenţa infecţiunii materne (cazurile constituind excepţiuni la legea lui *Profeta* şi cazurile copiilor infectaţi la «trecere»). (Va urma)

REVISTA CARŢILOR

Dr. Gh. Banu: La science de la médicine sociale.

După «*L'hygiène de la race*», volum de 400 p. tipărit în anul trecut, d. *Dr. Banu* a publicat de curând un alt studiu, deopotrivă de interesant: «*La science de la médecine sociale*», 1940. In 120 p., autorul expune cu claritatea şi metoda-i cunoscută, părţile esenţiale a foarte numeroase studii publicate până în prezent asupra acestui subiect, făcând cunoscut şi opiniunile personale. Nu este o lucrare scrisă numai pentru medici, căci chestiunea tratată este de aşa natură în cât trebue să preocupe toate categoriile de intelectuali, fiind vorba de *sănătatea colectivităţii*, baza oricărui progres social.

In timpul de faţă medicina socială constitue o disciplină ştiinţifică de sine stătătoare. Care este definiţiunea care i se poate da? Fără îndoială că ele nu au lipsit, dar au fost diferite după punctul de vedere sub care a fost privită medicina socială. După un amănunţit examen critic al celor anterior date, d. *dr. Banu* propune următoarea definiţie personală, foarte cuprinzătoare: *disciplina care consideră individul numai ca un inel al lanţului succesiv de generaţii, dar încadrat într'o grupare socială omogenă; mijloacele de care se serveşte se rezumă în studiul influenţei pe care o exercită asupra individului factorii ereditari, patologici, profesionali şi sociali; scopul urmărit este cultura sănătăţii prin ajutorul măsurilor preventive şi curative, sanitare şi sociale, spre a se asigura integritatea rasei, sănătatea populaţiei şi cele mai bune condiţiuni de viaţă.*

Dacă însă din definiţiunile date medicinei sociale, reese lămurit obiectivele sale, mulţi autori au propus şi diferite sub-diviziuni, în special spre a se determina un program didactic; după enunţarea şi studiul lor critic, d. *dr. Banu* se opreşte la acea pe care a propus-o din 1938, cuprinzând următoarele 6 capitole; *biologia poporului, eugenia, protecţia mamei şi a copilului, condiţiunile de viaţă ale colectivităţilor* (factorii mediului şi sociologia grupelor de boli), *asistenţa socială* dimpreună cu higiena muncii şi asigurărilor sociale, *reorganizarea higienico-sanitară a Statului*. După cum se vede, medicina socială trebue să se servească spre atingerea scopurilor sale de ştiinţe ajutătoare precum sunt: sociologia, economia politică, ştiinţele morale şi politice, psihotehnia.

A existat în toate timpurile o medicină socială, dar ea nu s'a desvoltat de cât în ultima vreme datorită progresului realizat în industrie, capitalismului şi chiar crizelor economice. Sunt mai ales împrejurările ivite după trecutul mare război, care au făcut ca atenţiunea să fie îndreptată de la omul *bolnav* la omul *sănătos*, de unde şi crearea a numeroase instituţiuni, în vreme ce recunoaşterea interdependenţei factorilor sanitari, sociali şi economici au determinat în ultimul timp *coordonarea sforţărilor*. Autorul face cu această ocazie un amănunţit istoric al medicinei şi al higienei sociale (eugenia).

Capitolul care urmează se ocupă cu *medicină socială considerată ca auxiliar al organizării sănătăţii şi al ameliorării rasei*, arătându-se că trebue să se studieze pe rând *individul izolat* (constituţie şi factori ereditari, măsurile pentru normalizare), *să se amelioreze ambianţa* şi *să se formeze medicul*, desvoltându-i-se «*gândirea medico-socială*» şi «*simţul social*», adică făcându-l să considere pacientul ca o unitate în sânul colectivităţii, interesele celui dintâi fiind subordonate celei de pe urmă. Măsurile luate spre a se combate influenţa factorilor externi asupra vieţei individului în societate constitue «*politica socială*», iar organizarea societăţii pentru a apăra şi întări indivizii normali, prevenind influenţa factorilor vătămători şi dându-se îngrijiri deficienţilor, constituieşte «*politica sanitară*». Totalitatea problemelor sănătăţii alcătueşte «*cultura sănătăţii*». Se desvoltă în urmă principiile unei politici a higienei rasei, menţionându-se publicaţiile *prof. Moldovan* (Cluj), şi rezumându-se apoi programul de normalizare eugenică pe care autorul l'a propus din 1937, consistând în *selecţie, combaterea factorilor selectivi* şi *adoptarea de măsuri diferite* spre a se favoriza familiile numeroase. Se reamintesc cu această ocazie termenii de curând întrebuinţaţi: «*capital sănătate*», *ştiinţa omului complet*», spre a se cita opinia lui *Burnet*, care spunea că *este nevoe de medici deopotrivă de bine instruiţi în medicină curativă ca şi în acea preventivă.*

Ca rezultat al progresului realizat în alcătuirea medicinei sociale este şi *învăţământul acestei discipline*, mai de curând creat, care se prezintă sub forme diferite în raport cu aspectele medico-sociale caracteristice diferitelor popoare. D. dr. *Banu* enumeră instituţiunile de învăţământ aşa cum se găsesc organizate în numeroase centre din Europa, în St. Unite şi Canada, spre a se opri mai mult asupra aceluia din ţara noastră, trecând în revistă ceea ce s'a propus şi ceea ce s'a realizat: 3 Institute de higienă, 5 şcoli pentru infirmiere-vizitatoare şi 2 şcoli de asistente sociale. Capitolul următor, al V-lea, cuprinde un examen critic şi o sinteză a celor expuse, în vreme ce în capitolul VI şi ultimul, autorul face istoricul medicinei sociale în România spre a insista asupra acestui fapt, că numai după marele război, s'a afirmat şi la noi în chip mai serios preocupări de ordin medico-social. Se enumără ideile emise şi realizările: crearea Minist. Muncii, Asist. Sociale şi al Sănătăţii (1921), Minist. Sănătăţii Publice şi al Asist. Soc. (1923), precum şi organizarea sa (1926), Legea sanit. şi de asistenţă (prof. *Moldovan*, 1930, Inst. de higienă, iar în cadrul activităţii *Şcoalei sociologice române (prof. Gusti)*, rezultatele practice obţinute de către echipele regale de studenţi; se reproduce programul de cultura sănătăţii pe care acestea din urmă l'au îndeplinit.

In încheere d. *dr. Banu* îşi exprimă părerea că deşi realizările din ţara noastră sunt lăudabile, ele nu corespund în totul nevoilor. Propune, mai întâi, *o reformă a studiilor medicale*, care să cuprindă în timpul chiar al şcolarităţii un număr de cursuri de medicină socială, avându-se în vedere problemele specifice şi cu deosebire ace-

lea în legătură cu populaţia noastră rurală, fără a se neglija însă învăţământul post-şcolar ca şi acela organizat pentru ceil'alţi titraţi cari s'ar consacra unei activităţi sanitare; crede apoi, că cel mai bun şi mai puţin costisitor mijloc prin care s'ar putea obţine rezultatul dorit, ar fi *crearea de Institute de medicină socială* anexate Facultăţilor de medicină ori Minist. Sănătăţii. O altă propunere a d. dr. *Banu* este referitoare la *educaţia poporului.* D-sa insistă în urmă asupra acestui fapt, că *medicina socială trebue să inspire toate marele reforme în viaţa de Stat, trebuind să fie la baza legislaţiei — că va fi vorba de reforme economice, agrare, financiare sau sanitare.*

Lucrarea d. dr. *Banu* completează un gol în literatura medicală, căci trebue să recunoaştem că puţini sunt medicii cari să se fi ocupat şi de latura socială a profesiunei îmbrăţişate; deschide apoi orizonturi noi în privinţa rolului nu numai al medicului, dar şi a oricărui intelectual în societate, căci toţi laolaltă trebue să contribuească, în limita activităţii fiecăruia, la asigurarea *culturei sănătăţii*, care este la baza existenţei şi propăşirii statului.

Dr. C. D. CONSTANTINESCU

Elemente de Biometrie Medicală şi Statistică vitală, recenzat de Dr. Petre Râmneanţu, Ed. Institutul Central de Statistică Bucureşti 1939. Un volum cu XVII cap. de 468 pagini.

Manualul D-lui Dr. *P. Râmneanţu*, este primul în această materie în literatura noastră medicală. E întocmit mai ales pentru medicii angajaţi în problemele de sănătate publică, dar e egal de util şi biologilor cari cercetează realitatea fenomenelor vitale, clinicienilor şi oamenilor de laborator, atât în prelucrarea statistică a datelor, cât şi în interpretarea rezultatelor. E un model de lucrare sistematică. Această particularitate, observată atât în expunerea metodelor de prelucrare cât şi în cele de analiză statistică, ce reclamă aplicarea legilor probabilităţii, calculul diferenţial şi integral, urmate şi de exemple, aproape numai cu date româneşti, e decisivă pentru marea utilitate a manualului. Cartea e o îmbinare fericită a biologiei şi a medicinei cu matematica superioară, care în practică, în mâna acelor cari vor şti să apeleze la metodele expuse, cu siguranţă că va contribui la urcarea standardului lucrărilor ca formă, şi în fond le va imprima certitudinea concluziilor la care au ajuns. Metodele descrise au caracter definitiv, iar cele bazate pe teorii şi ipoteze sunt omise. Densitatea materialului tratat e considerabilă. Astfel, cartea nu poate constitui o lectură, ci e un instrument, un biometru cum ar numi-o americanii, pe care cercetătorul consultând-o în cursul unei lucrări pas de pas, îi trage cele mai mari foloase. Chiar exemplele pe care sunt redate metodele de lucru sunt definitive. Nu sunt luate din comunităţi mici sau formate pe subiecţi puţini. In unele părţi, sunt relative la România, iar în altele cuprind date medii pe 5 ani, din mai multe ţări. Unele date, redate ca exemple pentru a demonstra metodele de lucru, constituesc deja standarduri naţionale (determinarea stării de nutriţie a copiilor români, pe cale antropometrică, pag. 165-168, letalitatea pe etate în România, pag. 227—239, etc.).

In felul acesta materialul aplicat constitue şi o documentare preţioasă pentru lucrările de sănătate publică şi de biometrie care vor ţine seamă de el.

Manualul cuprinde următoarele şaptesprezece capitole:

I. Definiţii şi fixarea cadrului.
II. Câteva momente istorice.
III. Metodele de colectare a materialului statistic.
IV. Codificarea şi prelucrarea materialului.
V. Formarea tabelelor statistice şi prezentarea lor.
VI. Reprezentarea grafică a datelor statistice.
VII. Consideraţiuni asupra populaţiei.
VIII. Expunerea faptelor vitale.
IX. Mortalitatea specifică pe vârstă şi mortalitatea corectată.
X. Tendinţe liniare şi curbiliniare.
XI. Creşterea populaţiei. Curba exponenţială şi curba logistică.
XII. Tabela de viaţă.
XIII. Măsurarea variaţiei.
XIV. Curba normală de probabilitate.
XV. Problema eşantioanelor.
XVI. Comparaţia statistică.
XVII. Elemente de corelaţie.

Prin această împărţire, manualul d-lui dr. *P. Râmneanţu*, se deosebeşte fundamental de cele similare străine din Europa şi în parte chiar de cele americane. Intre cele europene, engleze şi cele scrise în alte limbi constitue o punte de tranziţie. Manualele engleze sunt sau numai de metodologie statistică sau numai de biologie umană, în care metodele matematice aplicate necesită cunoştinţe de matematică superioară. Cele italiene şi germane sunt de demografie şi statistică vitală, fără aplicare prea mare în biologie. De cele americane se apropie mai mult, totuşi capitolele relativ la populaţie au o mare tendinţă de a caracteriza neamul nostru în momentul de faţă. Ceeace până de prezent s'a exprimat calitativ, astăzi avem posibilitatea să exprimăm şi să cunoaştem şi cantitativ. De sigur această intenţie de a cantitatiza cât mai amănunţit biologia Românilor e pecetea şcolii, creiată de d. prof. *I. Moldovan*, sub a cărui auspicii s'a lucrat manualul.

Capitolele relativ la problema eşantioanelor şi comparaţia statistică, prin aducerea metodelor la forme uşor aplicabile de orice medic sau biolog, chiar fără cunoştinţe deosebite de matematică sau vreo bază statistică, e un pas de mare utilitate pe care ni-l oferă manualul.

In rezumat, nutresc convingerea, că prin folosirea manualului d-lui P. Râmneanţu, elegant editat de Institutul Central de Statistică din Bucureşti, nu numai de serviciile de sănătate publică, dar de cele clinice şi experimentale, literatura noastră medicală îşi fixează o piatră de hotar, dela care voit se va dispensa de lucrările ale căror rezultate nu prezintă certitudinea statistică.

Agr. Dr. M. ZOLOG

BIBLIOGRAFII

Maladie hypertensive par A. Dumas Professeur agrégé a la Faculté de Médeine de Lyon, médecin des Hôpitaux de Lyon. Nouvelle édition entièrement refondue. *Masson et C-ie Éditeurs.* Un voum de 134 pagini . . . . . 0,75 fr

Prin maladia hipertensivă, trebue să înţelegem o afecţiune a întregului sistem arterial, căreia hipertensiunea îi constitue simptomul cel mai important, care singur în faza incipientă, va grupa mai târziu, în jurul lui, simptome viscerale multiple. Incepând printr'o stare de hipertonie al cărui unic simptom este atunci ridicarea tensiunei, această afecţiune, evoluiază către scleroza arterială care pătrunde pe cale vasculară în diferite organe, în grade diferite şi creiază leziuni infarctoide mai mult sau mai puţin accentuate.

Intr'o lucrare recentă, intitulată «Maladia hipertensivă şi Sindrome de hipertensiune» Dr. Dumas atribuia acestei maladii un loc bine definit în cadrul simptomelor tensionale multiple cari pot să-l simuleze şi primul au degajat unele legi cari au devenit clasice.

Astăzi autonomia acestei maladii nu mai este discutată; autorul îi face un *studiu mai complex.*

Se va găsi în această lucrare descrierea clinică a maladiei. Sunt date de observaţiune directă la care nu se poate modifica nimic. Mai există capitole bine desvoltate asupra patogeniei, anatomiei patologice, fiziologie patologică, terapeutică chirurgicală, cari sunt întemeiate pe ultimele achiziuni ale ştiinţei.

Activitatea organizaţiei de Igienă a Societăţei Naţiunilor

Comitetul de Igienă al Societăţii Naţiunilor a ţinut dela 20 la 24 Noembrie 1939 prima sa sesiune din timpul războiului. Din România au participat d-nii profesori *M. Ciucă* şi *I. Bălăeanu*.

Imprejurările actuale au conferit acestei sesiuni o importanţă specială, întrucât cu acest prilej a trebuit să fie reglementată activitatea ulterioară a Organizaţiei de igienă.

O dare de seamă a reuniunii a fost publicată în «Chronique de l'Organisation d'Hygiène» vol. I Nr. 12 Dec. 1939, din care spicuim următoarele:

Rolul organizaţiei de Higienă în timp de războiu.

Scopul sesiunii a fost să adopte activitatea Organizaţiei împrejurărilor noi, create de războiu, în aşa fel încât să o pună în stare să joace rolul care îi revine în asistenţa populaţiunilor care vor avea de suferit urmările acestuia.

Repercursiunile războiului asupra sănătăţii publice

1) *Epidemii.* Conflictul actual va influenţa şi el, ca cele din trecut, sănătatea generală. Mişcările de trupe şi de populaţie, scăderea condiţiunilor de existenţă şi deci şi a nivelului de igienă, distrugerile şi rezultatele lor, spre exemplu contaminarea apei de băut, creează cele mai prielnice condiţiuni pentru întinderea boalelor infecţioase. Pe de altă parte epidemiile îşi pot schimba caracterul sau evoluţia iar anumite boli pot fi importate în ţinuturi care până acum nu le cunoşteau.

2) *Protecţia sănătăţii.* O întreagă serie de ţări beligerante au procedat, spre a le depărta de zonele de războiu, la o evacuare a populaţiunilor ameninţate. Aceste mişcări de populaţie ridică o serie de probleme de Medicină socială, care să asigure tratamentul bolnavilor şi protecţia colectivă a celor sănătoşi. Autorităţile vor trebui deci să se preocupe de condiţiunile de igienă ale zonelor de primire şi gradul de igienă individuală a evacuaţilor. Deasemeni se vor ivi şi chestiuni de geniu sanitar, cu prilejul organizării de tabere, instalări de băi, şi duşuri, de servicii de deparazitare şi, în orice caz, de instalaţiuni care să asigure aprovizionarea cu apă bună de băut şi îndepărtarea apelor residuale.

In sfârşit trebuesc rezolvate problemele aprovizionării şi a mobilizării resurselor economice. Este necesar ca alimentele să fie întrebuinţate după regulele dieteticei moderne, mai ales când e vorba de întocmirea regimurilor colective sau individuale fie pentru întreaga populaţie, fie numai pentru evacuaţi, în special pentru copii şi femei însărcinate.

Rolul organizaţiei de igienă

Organizaţia de higienă va sprijini în chip practic aceste opere, nu numai prin informaţiuni şi directive, dar şi prin ajutor tehnic şi material; tot ea va avea rolul de coordonare internaţională. De aceea chiar de acum lucrările organizaţiei vor trebui orientate în chip diferit de acela din timp de pace, în scopul de a valorifica documentaţia şi experienţa căpătată, şi pentru a economisi mijloacele de acţiune. Deaceea comitetul a adaptat în acest sens funcţionarea organizaţiei şi caută a face un discernământ între lucrările din timp de pace ce trebuesc menţinute şi continuate şi cele ce pot aştepta.

Funcţionarea organizaţiei de igienă

Pentru a putea interveni îndată în cazul când i s'ar adresa vreo cerere, s'a prevăzut ca secţiunea de igienă să poată lucra imediat. A fost constituit un subcomitet de urgenţă, din care face parte şi d. Prof. *Bălteanu* şi care are puterile necesare pentru a lua hotărîri în numele comitetului. Acest subcomitet poate să-şi alăture experţi, dacă împrejurările o cer.

Activitatea nouă din timpul crizei

In trecut, Organizaţia şi-a dat concursul în diverse ţări în lupta contra contra epidemiilor şi în organizarea de servicii de igienă. Astfel dispune de experienţă şi documentare cari au mărit studiile serviciului de informaţiuni epidemiologice şi a anumitor comisiuni technice, cum sunt cea a locuinţei şi a igienei rurale. Comitetul a decis deci să mobilizeze chiar de acum această experienţă. Deaceea a însărcinat secţia de igienă să stabilească armamentul preventiv şi curativ pe care epidemiologia, chimioterapia şi seroterapia modernă le pun la îndemână.

Un rol asemănător a fost încredinţat secţiei de higienă şi în ceeace priveşte protecţia evacuaţilor. Trebue puse la îndemână autorităţilor responsabile o documentare, sfaturi technice şi, la nevoie, ajutor material.

Continuarea lucrărilor din timp de pace

Comitetul a găsit de cuviinţă să-şi continue lucrările anterioare, dar numai în măsura în care ele nu iau un tribut prea mare din mijloacele Organizaţiei.

A menţinut astfel serviciile create cu mari sacrificii şi cari s'ar reconstitui ulterior cu multă greutate: Serviciul de informaţiuni epidemiologice, Biroul din Singapour şi Standardizarea biologică. Deasemnea va executa anumite lucrări mai înaintate: ancheta asupra tratamentului radiologic al cancerului colului uterin, prepararea unificării diverselor farmacopei, imunitatea paludică şi biologia unor suşe de plasmodium.

Transfuziunile de sânge şi grupele sanguine

Comitetul reaminteşte că încă din 1928 s'a adoptat o nomenclatură internaţională a grupelor sanguine, propusă de von *Dungern* şi *Hirszfeld:*

O A B AB

Pentru a evita confuziunile, serviciile de transfuzie sunt rugate să-şi amintească această nomenclatură.

Următoarele simboluri au fost sugerate pentru a uşura trecerea dela vechiul la noul sistem:

Jansky	0 (I)	A (II)	B (III)	AB (IV)
Mors	0 (IV)	A (II)	B (III)	AB (I)

Comitetul de igienă recomandase deasemeni următoarea numire a serurilor-text:

Serul-test A (anti-B).
Serul-test B (anti-A)
Serul-test A (anti-B) trebue livrat în fiole incolore; serul-test B (anti A) în fiole galbene.

Reacţiunile tuberculinice

Chodrko arătase că studiile epidemiologice asupra tuberculozei pierd din valoarea lor pentru că nu pot fi comparabile dela o ţară la alta. El a propus în «Chronique» din 1 Iunie 1931, ca Organizaţia să se ocupe cu unificarea lor.

Comitetul a crezut că în acest moment, în care se procedează la evacuări în masă, aceste studii prezintă un interes crescut, întrucât acum e important să evaluăm riscul infecţiei tuberculoase.

S'a decis astfel mai întâi să se culeagă date asupra întrebuinţării care se face în fiecare ţară diferitelor tipuri de reacţie cutanată.

Pe de altă parte cercetări paralele tinzând să stabilească gradul de tuberculizare al populaţiilor vor fi întreprinse în Institutele din Ankara, Bucureşti, Budapesta, Copenhaga, Iaşi şi Washington. Ele vor fi efectuate comparativ cu vechea tuberculină a lui Koch şi cu tuberculina purificată (O. P. D.)

Grippa

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE

FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

• 2-4 PE ZI •

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecțios.

În fermentațiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic și infecțios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 ‰, etc.

În cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. Doza: 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre și literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: M. TATARSKY, București I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă
pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID
Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE
Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei
Complicaţiuni

STREPTOCOCIE
Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5 „ „ „
„ „ 2 — 5 „ :	1 - 3 „ „ „
Sugaci :	1/2 — 1 comprimate „ „

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN
LE VANSOL

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:
AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute
TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY-Praga
Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%
Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.
Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii
BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale
„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

ŞCOALELE DE INFIRMIERE

de **Prof. Dr. P. TOMESCU**

Problema şcoalelor de infirmiere profesioniste a fost adusă de curând în discuţie, cu prilejul cursurilor organizate de «Crucea Roşie» pentru infirmierele voluntare de război.

Aducând toate elogiile bunelor intenţii şi elanului patriotic al iniţiatorilor şi al elevelor cursurilor de infirmiere, cred că această organizaţie nu rezolvă problema nici pentru vreme de război, nici pentru vreme de pace.

De fapt o armată primeşte voluntari mai ales în timp de război şi dese ori aceştia au făcut acte de eroism prin care au adus reale servicii patriei.

Dar niciodată armatele nu s'au bazat pe voluntari. Conducătorii au totdeauna grije să formeze cadre serios pregătite şi îndelung antrenate, încă din timp de pace.

Deaceea cred că nici organizaţia sanitară a ţării nu se poate bizui pe infirmierele voluntare, oricât entuziasm momentan ar manifesta.

Ele însă au făcut un mare serviciu problemei infirmierelor în general întrucât au actualizat-o, provocând discuţiuni cari sperăm că vor duce la o rezolvare integrală a unor chestiuni extrem de importante pentru organizarea instituţiilor de asistenţă medicală din toată ţara.

Adevărul, pe care-l constată toţi medicii de spital, este că opera lor medicală se desfăşoară în condiţiuni foarte grele, din cauza lipsei unui personal auxiliar bine pregătit şi foarte conştiincios.

Chirurgul talentat ca şi medicul specialist nu va putea avea rezultatele la cari se aşteaptă, dacă indicaţiunile lor nu sunt executate cu pricepere şi cu devotament.

Acest deziderat este însă foarte greu de realizat în condiţiile actuale de recrutare a personalului auxiliar.

Pentru a rezolva această chestiune s'au întemeiat câteva şcoli de infirmiere profesioniste, cari au dat mai multe serii de absolvente.

In măsura în care situaţia este mai bună astăzi, decât în trecut, o datorăm acestor şcoli.

Pentru prima oară problema infirmierelor a fost abordată imediat după războiul de independenţă, sub patronajul Majestăţei Sale *Regina Elisabeta* care a fost iniţiatoarea şi fundatoarea Institutului surorilor de caritate, care-i poartă numele.

Cea d'intâi Şcoală oficială a Statului, a fost întemeiată mult mai târziu, — în 1913 — sub conducerea D-nei *dr. Kaminski* pe când era Director general al serviciului sanitar, — Profesorul Mina Minovici.

Cu câtiva ani mai veche era şcoala de infirmiere a Spitalului Brâncovenesc.

După război, s'a înfiinţat o şcoală de infirmiere a Statului la Iaşi şi alta la Bucureşti, pe lângă Aşezămintele Sf. Elena.

Societatea «Principele Mircea» a întemeiat în 1919 o Şcoală de infirmiere, pregătite mai ales pentru puericultură.

Vechea şcoală întemeiată de d-na dr. Kaminschi, a fost reorganizată sub conducerea d-rei dr. *Popa*, bucurându-se de un renume pe deplin justificat.

Randamentul şcoalelor ce funcţionează în prezent, este atât de mic, în cât lipsa de infirmiere diplomate se resimte în toate spitalele noastre.

Aşteptând vremuri mai bune şi infirmiere perfect pregătite, rămânem într'o situaţie primitivă, incompatibilă cu desvoltarea pe care au luat-o aşezămintele noastre de asistenţă medicală.

De aceea se impune să găsim o soluţie practică şi imediat realizabilă.

Ca să avem un număr cât mai mare de infirmiere profesioniste trebue să se înfiinţeze şcoli în mai multe centre ale ţării.

Este probabil ca posibilităţile didactice şi de recrutare a elevelor să fie mai mici în provincie decât în Bucureşti şi Iaşi. Totuşi credem că se vor găsi eleve cu cel puţin patru clase secundare şi medici cu destul entuziasm, ca să se devoteze acestui învăţământ.

Propunerea noastră de a se crea aceste şcoale regionale de infirmiere are avantagiul că poate fi realizată fără cheltueli importante.

Infiinţându-se şcoale numai pe lângă spitalele mari şi primindu-se în primul an 10—15 eleve-bursiere, bugetul va fi grevat numai cu alocaţia lor de hrană. In schimb spitalul va avea serviciile gratuite ale elevelor infirmiere, în timpul celor trei ani, cât durează cursurile şcolare.

O astfel de şcoală am întemeiat în anul 1936 la Spitalul central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti.

Cu toate dificultăţile inerente oricărui început, experienţa noastră a reuşit. Graţie nouilor infirmiere, am putut aplica în spitalul central toate metodele moderne de tratament şi de comportare în cursul evoluţiei psihozelor.

In baza acestei experienţe personale recomand foarte călduros medicilor dela spitalele mari din provincie să creeze astfel de şcoale, cari vor funcţiona după regulamentele Ministerului Sănătăţii.

Sunt convins că d. *Prof. Dr. Hortolomei*, actualul ministru al Sănătăţii, ar privi cu simpatie iniţiative de acest fel.

BIBLIOGRAFII

L'hématologie clinique et laboratuire par P. Émile Weil, médecin des hôpitaux de Paris. *Masson et C-ie, éâiteurs.* Un volum de 270 pagini cu 69 figuri în negru şi culori şi 12 planşe afa.ă de text 3,25 fr.

Această lucrare a fost redactată pentru uzul practicienilor, studenţilor şi tuturor acelora cari lucrează în laboratoare iniţiând-ui în technica hematologică şi în învăţămintele clinice pe cari le poate da. Acestei concepţiuni i se datoreşte faptul că autorul a neglijat noţiunile necesare numai specialităţilor.

Prima parte comportă un studiu al ţesutului sanguin. Elementele acestui ţesut sunt examinate succesiv în toate aspectele lor, citologie, proprietăţi fizice, apreciaţiuni calitative şi cantitative.

Partea doua priveşte hematologia din punct de vedere clinic. Autorul priveşte examenul bolnavului plecând dela simptomul capital. Se examinează, de pildă un anemic şi după un studiu clinic şi hematologic al anemiei se străduieşte să se ridice la cauză. Rând pe rând sunt trecute în revistă poliglobuliile, hemorahiile, hemoglobinuriile, bolnavilor atinşi de adenopatii.

Dacă prin dimensiunile sale şi prin publicul care ţinteşte să ajungă, această lucrare merită calificarea de «practic», trebue să subliniem cu mult modestia cadrului. Autorul, al cărui nume face autoritate în întreaga lume, a ştiut să trateze toate chestiunile dintr'un punct de vedere original şi personal care face lucrarea vie şi bogată în învăţăminte.

Ptoses gastriques et coliques; Doctrine Clinique, Thérapeutiques, par M. Chiray Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, P. Chêne, Assistant de Gastro-Entérologie à l'Hôpital St-Louis. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 272 pagini cu 76 figuri . . . . . 75 fr.

Pentru autori, există mai întâi falsele ptoze gastrice constituite din stomacuri alungite cu duodenul situat jos, stomacuri, cu toate acestea normale. La acest tip se adaogă adevăratele ptoze, ptozele atonice. In aceste cazuri stomacul este la fel de alungit, dar tonicitatea organului este scăzută din cauza unui desechilibru neuro-endocrinian, primitiv sau secundar, constituţional sau căpătat.

Terapeutica chestiunei este foarte amănunţit arătată. Cititorul este mai întâi, pus în gardă contra directivelor mecaniste exclusive, prea simpliste. In materie de ptoză gastrică adevărată, este mai puţin importantă corijarea anomaliei morfologice cu consecinţele sale funcţionale, decât de a modifica terenul endocrino-vegetativ care are un rol predominant.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

O importantă modificare adusă Codului Penal „Carol II" privitoare la avortul medical şi la cel eugenic

«Monitorul Oficial» a publicat următorul decret-lege:

ART. UNIC. — Dispoziţiunile art. 484 din codul penal Regele Carol al II-lea, se modifică precum urmează:

«Nu se socoteşte avort, în înţelesul acestei legi, întreruperea cursului normal al sarcinei, făcută de către un medic, cu autorizaţiunea Parchetului.

«Parchetul nu va putea să încuviinţeze intervenţia decât:

1. Pentru a înlătura un pericol, iminent ameninţând viaţa femeii, pericol ce nu poate fi înlăturat altfel.

«2 Când sarcina agravează o boală de care suferă şi îi pune viaţa în pericol, fără a putea fi înlăturată prin alt mijloc.

«3. Când unul din părinţi este atins de alienaţie mintală şi este certitudine că copilul va purta grave tare mintale.

«Autorizaţiunea se dă la cererea medicului.

«In cazul punctului 1, un reprezentant al parchetului se va transporta de îndată, împreună cu medicul legist ori înlocuitorul său, la locul unde se găseşte pacienta şi va încuviinţa intervenţiunea numai dacă medicul legist constată ameninţarea unui pericol iminent. Dacă este extremă urgenţă şi nu se poate aştepta sosirea reprezentantului parchetului, medicul poate face intervenţiunea, chiar înainte de sosirea acestuia, urmând ca ulterior să se stabilească necesitatea intervenţiei.

«In celelalte cazuri, cererea va fi însoţită de un certificat medical al unui aşezământ spitalicesc, sau de un aviz emis în urma unui consult între medicul care va interveni şi cel puţin un medic specialist în boala care determină intervenţiunea ori un medic cu practică în specialitatea înrudită.

«Parchetul va institui o comisiune compusă din medicul legist sau înlocuitorul său, un medic specialist în boala care determină intervenţiunea sau în specialitatea înrudită şi medicul oraşului ori medicul primar al judeţului, care vor proceda la o cercetare cât mai amănunţită, având dreptul să ceară orice examene sau analize pentru determinarea precisă a boalei şi necesităţii intervenţiunii. Constatările comisiunii vor fi consemnate într'un raport motivat, sprijinit pe acte doveditoare, care vor fi hotărîtoare pentru acordarea autorizaţiunii.

«Parchetul este obligat a păstra caracterul confidenţial al tuturor actelor şi autorizaţiilor, cât timp nu a intervenit vre-o reclamaţiune».

Activitatea Secţiunei de Biologie a Institutului de Ştiinţe Sociale al României

In ultima şedinţă a Institutului de ştiinţe sociale al României, d. profesor dr. Ionescu-Mihăeşti, directorul Institutului Cantacuzino, a trasat planul de lucru, în curs de elaborare al secţiei de Biologie, pe care o prezidează.

D-sa a arătat că în acest domeniu, ştiinţa română se găseşte încă în stadiul de stabilire exactă a stării de fapt. Secţia trebue să contribuiască la cunoaşterea complectă a biologiei României prin monografii locale amănunţite, cercetări regionale, studii speciale.

Problemele care trebuesc abordate sunt: 1 locuinţa rurală; 2. harta epidemiologică a României cu patologia proprie fiecărei regiuni; 3. studiul endemicităţii particulare în diferite regiuni ale ţării; 4. bolile sociale; 5. problema alimentaţiei populaţiei rurale; 6. adunarea şi trierea folclorului medical.

Ce a dat Ardealul pentru medicina românească

D. profesor dr. V. Bologa a făcut la Cluj o interesantă conferinţă asupra contribuţiei Ardealului la afirmaţia şi progresele medicinei româneşti.

In prima parte a conferinţei d-sa a arătat evoluţia medicinei naţionale în ţările vechiului regat unde la 1830 s'a întemeiat la Iaşi prima Societate Ştiinţifică Medicală.

In tot acest timp deşi Ardealul nu a putut ţine pas evoluţiei din Vechiul Regat, în anumite momente apar oameni din Ardeal care îndreaptă mersul medicinei spre cotituri hotărîtoare. Una din aceste figuri este aceea a lui Ioan Piuariu Molnar, care este primul român, autor al unei lucrări ştiinţifice medicale, fiind autorul vestitei lucrări «Paroenesis ad auditores chirurgiae» (Cluj, 1793). Tot el este şi primul profesor academic din neamul nostru. Indeamnă mulţi tineri şi-i hotărăşte să urmeze medicina. Printre ei găsim pe dr. Vasile Pop, care constitue un al doilea moment important în medicina noastră, scriind prima lucrare în limba română. Este tot un ardelean şi faptul este cu atât mai important cu cât lucrarea sa «Despre apele minerale» este scrisă într'o minunată limbă românească. El contribue la formarea terminologiei medicale româneşti, fiind al doilea ardelean care apare în momentul când era nevoie de o îndrumare nouă.

Deşi în Vechiul Regat în vremea lui Davila medicina intrase în epoca unei organizări perfecte şi a unei prodigioase activităţi, lipsea creaţia ştiinţifică de valoare, care să ridice nivelul medicinei noastre alături de cea universală. In al treilea moment hotărâtor, Ardealul este din nou exponentul izbânzii prin Victor Babeş, această măreaţă şi nemuritoare figură a medicinei noastre.

D. profesor universitar V. Bologa încheie interesanta d-sale expunere arătând că aceste trei figuri ale Ardealului, Piuariu, Vasile Pop şi Babeş, apărând în trei epoci diferite, le pune pecetea personalităţii lor, afirmând posibilităţile românilor în domeniul ştiinţei medicale.

Numire de medic primar

D. dr. S. Iagnov, docent universitar şi medic primar al serviciului de consultaţii al spitalului «Caritas» şi «Noua Maternitate» a fost numit medic primar al Serviciului de boale interne al aceleiaşi instituţii, în locul d-lui dr. Grossmann care a ieşit la pensie.

Activitatea medicală şi ştiinţifică, desfăşurată de d. dr. Iagnov în spitalele Eforiei, l-au indicat pentru această numire.

Medici reuşiţi la examenul pentru circumscripţiile C. F. R.

La Ministerul Sănătăţii s'a ţinut în ultimul timp un concurs pentru ocuparea a 36 circumscripţii medicale vacante în serviciul căilor ferate.

Concursul încheindu-se, s'a făcut următoarea clasificare:

Axente Corneliu, media 19; Enescu Gheorghe, idem; Bruckner Emil Ioan, media 18,75; Teodorescu Panait şi Lungu Mircea, media 18,62; Ropală Marin Ana Maria, media 18,50; Popescu Lucian, media 18,20; Gaftonic Ioan, media 17,50; Dumitrescu Manuk G., Stupariu Ioachim, Nuţulescu Const. şi Rădulescu Const., media 17,25; Petrescu Traian, media 17; Halperin Mamelbrand Roza, Giurulescu Iuliu, Ionescu Matache şi Coroiu Maria Marg., media 16,75; Brener Blima, media 16,62; Gâdei Stelian, Rusu Emil, Livadă Nicolae, Petrescu M. Olimpia, Dumitrescu Pârvu Dumitru, Popescu C. Aureliu, Mera Zoltan şi Zaftur Ilie, media 16,50; Lupu Avram, Siclivan Remus, Ciorbă Ovidiu, Bernard Alexandru şi Cavaleru Eleonora, media 16,25; Blum Casianu, Palade C. şi Constantinescu Corneliu, media 16; Bodea Augustin, media 15,87.

„Farmako“

LABORATOR DE PRODUSE CHIMICO-FARMACEUTICE.

Pulmonin
„Farmako“

Antiseptic pulmonar puternic în gripă, bronşită, pneumonii, bronchopneumonii

Adulţi: 1—2 fiole pe zi
Copii, 1/2—1 fiolă pe zi.

Asociaţie de chinină bazică şi camfor, dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole à 1,1 ccm. şi 2,2 ccm.

Creosocalcin
„Farmako“

Rezultate remarcabile în toate afecţiunile pulmonare: bronşite acute şi cronice, tbc. pulmon., gripă, tuse convulsivă; profilactic.

Plăcut la gust şi miros.

Adulţi 3 linguri pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Sulfocreosotat de potasiu, fosfat de codeină, nitrat de aconit, lactofosfat de calciu.

Flacoane mari şi reduse.

Analgosan
„Farmako“

Analgetic de un efect puternic şi constant în cefalalgii, migrenă, lumbago, sciatică, nevralgii, dismenoree, dureri de dinţi.

1—4 tablete pe zi.

Dimetilaminoantip.
Acetamidofenetol.
Trimetilxantină.
Sare de Pelletier brom

Cutii cu 12 comprimate.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

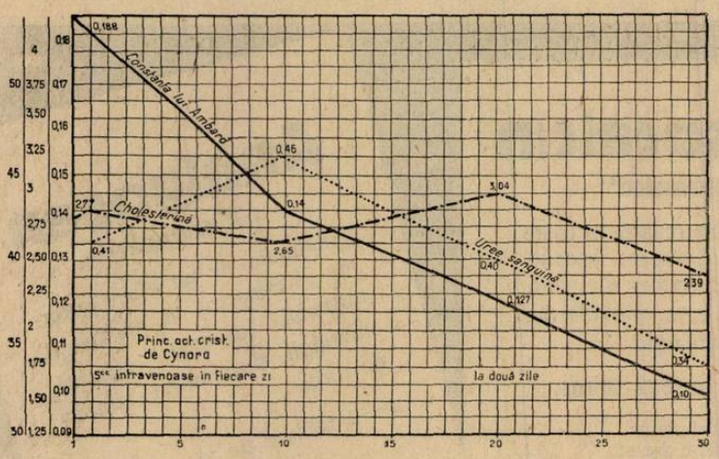
Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

Nefrită Cronică şi Retinită Brightică
(Tratate cu Chophytol Injectabil)



— D-na R., 70 ani, observaţi descărcarea azotată şi scăderea constantei lui Ambard dela 0.188 la 0.10 sub acţiunea cynarei **(Chophytol)**. Observaţi deasemenea mobilizarea urmată de descărcarea cholesterinei.

CHOPHYTOL

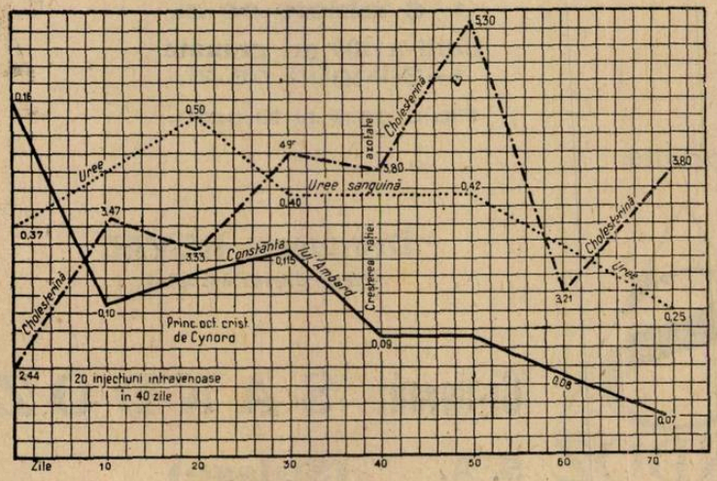
Extract sec, titrat, purificat, delipoidat, stabilizat şi standardizat, din frunza proaspătă de Cynara Scolymus (Anghinară, Artichaut Cultivé) după metoda lui G. EDGARD ROSA, (LABORATORIILE ROSA, Paris 17-e, 11, rue Roger-Bacon).

RETENŢII AZOTATE, EXCES COLESTERINIC, OLIGURII, TURBURARI HEPATICE.

INJECŢII (cutii a 6 şi 12 fiole a 5 cc.)

DRAGEE ŞI PICATURI (flacoane mare şi mici).

POLISCLEROZA
(Tratată cu Chophytol injectabil)



— D-na Sainte R., 57 ani, regim unic vegetarian. Observaţi puternica mobilizare urmată de descărcarea cholesterinei sub influenţa cynarei (Chophytol) şi mai ales scăderea procentului de uree sanguină (0.50 până la 0.25) şi scăderea constantei lui Ambard (0.16 la 0.07) cu toată creşterea ratiei azotate.

Esantioane şi studii de
Prof. Loeper, Léon Tixier, G. Edgard Rosa, etc.
trimite la cerere :

FARM. G. SIMONIU

Bucureşti III, Bd. Vintilă Brătianu (Dacia) No. 5. — Tel.2.79.50

Activitatea diviziei IX de chirurgie de la Spitalul Brâncovenesc

D. Agregat *E. Christidi*, chirurg primar al Diviziei IX dela Spitalul Brâncovenesc, a publicat, în colaborare cu asistentul său, d. dr. I. Grozăvescu, un interesant volum, intitulat: «*Date Statistice*», asupra activităţii chirurgicale a Serviciului: 10 Mai 1933—10 Mai 1938.

Volumul de 380 pagini, cuprinde o serie de date foarte interesante, culese într'un serviciu, unde se desvoltă o intensă activitate chirurgicală.

Pentru a pune în curent pe cititorii noştri cu spiritul şi cuprinsul acestei lucrări, reproducem în întregime, introducerea scrisă de d. *Agregat Dr. Christidi* şi apărută în fruntea volumului de care ne ocupăm:

«O dare de seamă asupra mişcării bolnavilor în cursul fiecărui an se face de multă vreme în spitalele Eforiei, Brâncovenesc, etc. Toţi foştii interni îşi amintesc că stagiul într'un serviciu se termină cu întocmirea unei asemenea statistici. Datele ce se cer prezintă însă mai mult un interes din punct de vedere administrativ.

Statistici cu interes medical propriu zis s'au publicat, însă şi acestea nu cuprind decât generalităţi.

In studiul amănunţit în care fiecare bolnav îşi are rubrica sa şi unde se poate urmări: tratamentul, complicaţiile, vindecările, frecvenţa diverselor procese patologice în raport cu vârsta, sexul, etc. S'a publicat de curând şi cred că este primul în acest fel, un astfel de volum statistic de d. Profesor Iacobovici şi d. dr. Porumbaru.

Statistica noastră prezintă cinci ani de activitate în Divizia IX Chirurgie din Spitalul Brâncovenesc. Ca să putem judeca datele respective în comun cu ale clinicei, de acord cu d. Profesor Iacobovici, am adoptat acelaş plan, acelaşi sistem de clasificare a leziunilor chirurgicale ca şi în lucrarea d-sale.

Este un început şi o sugestie, care dacă s'ar accepta de colegii cari conduc servicii de chirurgie, s'ar putea ajunge la un sistem standard în alcătuirea statisticelor, care ar permite judecarea în bloc a rezultatelor activităţii chirurgicale din ţară.

Datele noastre arată că în intervalul dela 10 Mai 1933 şi până la 10 Mai 1938 s'au internat în Divizia IX Chirurgie din Spitalul Brâncovenesc 4338 bolnavi din cari s'au operat 3399 cu 65 morţi, deci 1,95%.

Activitatea chirurgicală, ce-am desfăşurat în acest interval de timp, a fost profund influenţată de învăţăminte acumulate într'un lung şir de ani dela maestrul meu Juvara. Pentru a onora memoria profesorului meu nu găsesc o cale mai nemerită, pe lângă aceea ce am învăţat dela el, aceea de a transmite la cât mai mulţi elevi bunele lui învăţăminte.

Pentru aceasta, medicului secundar, asistentului, internilor şi externilor le dau tuturora, în măsura pregătirii lor prilejul să-şi apropie arta chirurgicală.

Pe lângă educaţiunea acestui grup restrâns de elevi, serviciul ce conduc îmi dă posibilitatea să utilizez un însemnat material clinic la cursul de semiologie chirurgicală pe care-l fac studenţilor anului III de medicină în calitate de Agregat, ataşat clinicei chirurgicale şi ortopedice. Profit de această ocazie să mulţumesc d-lui Profesor Iacobovici, Directorul Clinicei, pentru toată încrederea ce-mi acordă.

Tot în folosul învăţământului am executat în Divizia IX un număr de intervenţiuni clasice şi osteosinteze Juvara, cari au fost filmate, valoarea filmului fiind bine stabilită astăzi în educaţiune. Am prezentat acest film Academiei de Medicină în şedinţa dela 20 Ianuarie, 1940.

Această variată activitate este datorită şi posibilităţilor materiale ce mi-au fost puse la dispoziţie de d-nii epitropi ai Aşezămintelor Brâncoveneşti: Principele Constantin Brâncoveanu şi Principele Mavrocordat, ca şi de d. director general profesor inginer Agripa Popescu, pentru care îi rog să primească mulţumirile mele».

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţi

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire, se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic de circ. urbană la Municipiul Cluj;

Medic şef al Municipiului Tg. Mureş;

Medic şcolar la Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti;

Medic primar puericultor la Centrul de sănătate din Sectorul IV Verde, Bucureşti.

Medic primar al Secţiei de boli contagioase dela Spitalul «Regina Maria» din Giurgiu;

Medic prima al Secţiei de boli interne dela Spitalul Câmpulung (Muscel);

Medic primar chirurg la spitalul din Storojineţ;

Medic al spitalului Filiaşi judeţul Dolj;

Medic al spitalului cu circ. Floreşti judeţul Soroca;

Medic al circ. Căpuşul Mare judeţul Cluj; Băleni jud. Dâmboviţa; Bilciureşti jud. Dâmboviţa; Beibunar jud. Durostor; Dumitreşti jud. Ismail; Vişeul de Jos jud. Maramureş; Satul Nou jud. Năsăud; Osica de Sus jud. Romanaţi.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri Ministerului în termen de 30 zile dela data publicării în «Monitorul Oficial», adică până la 28 Martie.

Mişcare în corpul medical

S'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:

D. dr. Romanescu V., actual medic definitiv al spitalului cu circ. Floreşti jud. Soroca, se transferă în aceeaşi calitate, la spitalul cu circ. Năduşiţa, acelaş judeţ.

D-na dr. Balter Ghenea, actual medic definitiv al circ. Stoicani, jud. Soroca, se transferă în aceeaşi calitate la circ. Rubleniţa, acelaş judeţ în locul d-nei dr. Bulat Tamara, medic stagiar care se transferă în aceeaşi calitate, în interesul serviciului la circ. Stoicani.

Următorii medici stagiari, cari au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

D. dr. Alexandru Floareş, la circ. Nicolăeni, jud. Tighina.

D-na dr. Viorica Aldea Vasiliu la circ. Veneţia de Jos, jud. Făgăraş.

D. dr. Nicolae Lipioşchin, la circ. Peresecina, jud. Orhei.

Inaintarea medicilor-căpitani de rezervă la gradul de medici-maiori

«Monitorul Oficial» a publicat următorul Decret-Lege pentru modificarea şi complectarea art. 14, alin. 3 din legea asupra ofiţerilor de rezervă din 13 Iunie 1913, publicată în «Monitorul Oficial Nr. 57 din 15 Iunie 1913:

ART. I. — Dispoziţiunile art. 14. alin 3, din legea asupra ofiţerilor de rezervă din 13 Iunie 1913, se modifică după cum urmează:

ALIN. 3. — Se exceptează dela această condiţiune, medicii-căpitani cari au obţinut titlul de profesor universitar, medici primari ai Eforiei Spitalelor Civile din Bucureşti, ai Spitalelor Brâncoveneşti şi ai Aşezămintelor Sf. Spiridon, medicii primari şi medici şefi de spitale, de oraşe şi de judeţe, definitivi, precum şi farmaciştii căpitani profesori ai Facultăţii de farmacie şi veterinarii căpitani profesori ai Facultăţii de medicină veterinară.

ART. II. — Toate dispoziţiunile contrarii prezentului decret-lege sunt şi rămân abrogate.

Această lege dă posibilitate tuturor medicilor căpitani cari au titlul de medici primari să fie înaintaţi la gradul de medici maiori în rezervă.

Către abonaţii „Românieî Medicală"

Rugăm stăruitor pe cititorii «Românieî Medicale» să binevoiască a trimite administraţiei noastre plata abonamentului pe anul în curs.

In acest scop am anexat la numărul de faţă un mandat postal, de care d-nii abonaţi sunt rugaţi să se servească, complectându-l şi trimiţându-l administraţiei revistei.

Regulamentul pentru ocuparea posturilor de interni de spitale

Prin «Monitorul Oficial» dela 10 Martie s'a promulgat regulamentul pentru ocuparea posturilor de interni de spitale, din care extragem următoarele articole:

Art. 1. — Titlul de intern al spitalelor se acordă numai de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale candidaţilor reuşiţi la concursurile de internat.

Foştii interni şi internii spitalelor cari vor obţine posturi în baza regulamentului de faţă vor purta titlul de interni ai spitalelor, cu adăugirea centrului universitar unde s'a obţinut titlul; adică intern al spitalelor din Bucureşti, Cluj şi Iaşi;

Art. 2. — Posturile de interni vor avea numai aşezămintele din cele trei centre universitare şi anume:

a) Clinicile din Bucureşti, Cluj şi Iaşi;

b) Serviciile cu cel puţin 50 de paturi ale Eforiei Spitalelor Civile, Epitropiei Sf. Spiridon, Epitropiei Aşezămintelor Brâncoveneşti, Spitalelor Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Spitalelor Casei Centrale ale Asigurărilor Sociale, Spitalelor Casei Muncii C. F. R., Serviciile medicale C. F. R. şi Spitalul Gardienilor Publici.

Când aceste servicii sunt conduse de profesori, pot avea şi 40 paturi.

Nici un serviciu nu va putea fi adăugat decât dacă are 50 de paturi şi numai pe baza unei decizii ministeriale.

Serviciile şi numărul locurilor vor fi cele prevăzute în tabloul anexat la prezentul regulament, din Bucureşti.

Art. 3. — Pentru locurile din Bucureşti concursurile vor avea loc la Ministerul Sănătăţii, iar pentru cele din Cluj şi Iaşi la Facultatea de medicină. Concursurile de internat se ţin în cursul lunei Februarie. Stagiul de internat începe la 1 Aprilie. Locurile vacante se publică în «Monitorul Oficial» cu 60 de zile înainte de data fixată pentru concurs.

Art. 4. — Cererile de înscriere vor fi prezentate cu cel puţin 15 zile înainte de ziua fixată şi vor fi însoţite:

a) De diploma sau certificatul de extern în medicină prin concurs şi cu un stagiu de cel puţin un an în acest post sau certificatul de absolvire al Facultăţii de medicină;

d) De un certificat de activitate din partea şefilor serviciilor unde candidatul a funcţionat;

c) De certificatul doveditor că este membru al Frontului Naţional Studenţesc.

Art. 5. — In ziua următoare închiderii înscrierilor se va forma comisiunea examinatoare, compusă din:

a) Trei profesori, dintre care unul va fi desemnat ca preşedinte, delegaţi ai Facultăţii de medicină din centrul universitar unde se ţine concursul;

b) Doi medici primari de spitale traşi la sorţi dintre medicii primari ai aşezămintelor cari au focuri scoase la concurs, desemnaţi de Ministerul Sănătăţii.

Concursul nu se poate ţine decât fiind prezenţi cel puţin patru membri.

Art. 6. — In ziua fixată pentru ţinerea concursului, comisiunea se întruneşte în locul indicat de Ministerul Sănăntăţii sau Inspectoratului general sanitar, respectiv Facultatea de medicină sau Clinici.

Un funcţionar delegat de aceste autorităţi va face oficiul de secretar la comisiunii.

Preşedintele va face apelul nominal a candidaţilor înscrişi, cei absenţi ne mai putând lua parte la concurs.

Articolele 8 — 12 prevăd normele după care se va ţine concursul.

Art. 13. — După terminarea concursului, preşedintele va face media generală a notelor obţinute de fiecare candidat la cele trei probe şi va întocmi tabloul în ordinea clasificaţiei, înaintându-l ministerului spre aprobare, cu toate lucrările conursului.

Art. 14. — Numai candidaţii cari vor fi obţinut cel puţin media generală 15 vor fi admişi la alegerea locurilor de interni, în limita numărului acestora, scoase la conuurs şi în ordinea clasificaţiei.

La medii egale se vor da preferinţă celor cu note mai mari la proba scrisă; dacă şi acestea sunt egale, se va trage la sorţi.

Art. 15. — Concursul de internat se ţine în fiecare an şi numai pentru numărul de locuri de interni bugetari vacante anual la clinicile şe serviciile prevăzute de art. 2.

Art. 16. — Internii care şi-au ales locurile în ordinea vechimei şi clasificaţiei vor trebui să se prezinte la data fixată la serviciile respective.

Orice întârziere de prezentare la serviciu, care nu va fi motivată şi aprobată în prealabil, va atrage după sine pierderea dreptului şi declararea locului ca vacant.

Locurile devenite vacante astfel, sau în orice alt mod, după finele concursului, sau locurile ce s'ar crea posterior, se vor putea ocupa numai provizoriu până la viitorul concurs de către cei următori pe tabloul respectiv cu media generală cel puţin 15.

Ocuparea cu titlul provizoriu, în condiţiunile regulamentuui de faţă, nu dă dreptul la titlul de intern al spitalelor.

Toţi cei rămaşi fără locuri, indiferent de media obţinută, nu au niciun drept. Ei se vor putea totuşi prezenta la concursuri viitoare.

Art. 17. — Durata stagiului de intern este de 4 ani. Cei ce vor demisiona în acest interval nu vor putea părăsi postul până la primirea demisiunii lor, care care va trebui rezolvată în 15 zile dela prezentarea ei.

Este interzisă permutarea între interni în locurile vacante după rotaţia anuală.

Stagiul de intern încetează de drept după 30 de zile dela susţinerea tezei de doctorat în medicină.

Art. 18 — Internii nu pot sta într'un serviciu mai mult de un an şi în timpul stagiului nu pot realege un serviciu în care au mai funcţionat anterior.

Până la data rotaţiei anuale, care se va face la 1 Aprilie, dacă se ivesc locuri vacante, se vor putea face transferări în ordinea clasificaţiei şi a tablourilor şi după o publicaţie prealabilă şi valabilă numai pentru anul în curs.

Art. 19. — Diploma de intern se eliberează numai după împlinirea celor 4 ani de stagiu în acest post.

Art. 20. — Internul demisionat sau deştituit îşi pierde drepturile şi nu mai poate ocupa nici un alt post de intern la spitalele aşezămintelor şi instituţiunilor prevăzute de art. 2.

Art. 21. — Internii sunt obligaţi a locui în spital. Ei nu pot găzdui în camera lor persoane străine, nu pot face clientelă şi nici ocupa vreo altă funcţiune în afară de învăţământul medical.

Art. 22. — Internii sunt ţinuţi a respecta toate îndatoririle lor şi prevederile regulamentului interior, precum şi toate dispoziţiunile şi instrucţiunile Ministerului Sănătăţii şi al instituţiunii unde funcţionează, atât în ceea ce priveşte serviciul de gardă cât şi serviciul de spital propriu zis.

Dispoziţiuni finale şi transitorii

Art. 24. — Pentru anul 1940, concursul de internat pentru locurile publicate vacante se va ţine imediat după publicarea acestui regulament.

Art. 25. — Actualii interni vor continua să funcţioneze până la sfârşitul stagiului la instituţiunile pentru care au dat concurs.

Ei vor face rotaţie numai în serviciile instituţiunilor respective în care se găsesc.

Art. 26. — Actualii interni vor avea dreptul să poarte, după împlinirea stagiului, titlurile de foşti interni a instituţiunilor respective (fost intern al spitalelor Eforiei, fost intern al Spitalului Brâncovenesc, etc.)

Art. 27. — Orice dispoziţiuni din regulamente sau instrucţiuni contrare celor de faţă sunt şi rămân abrogate.

Ministrul Nostru secretar de Stat la Departamentul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale este însărcinat cu executarea prezentului decret.

Produsele Laboratoarelor C L I N

Electrargol

Argint coloidal electric în boabe fine.

Soluţie a 0.40 la 1000
Fiole

Soluţie a 0.70 la 1000
Flacoane şi Colire

Indicaţiuni generale:

Afecţiunile aparatului respiratoriu. Infecţiuni chirurgicale. Septicemii.

Indicaţiuni locale:

Blenoragii. Otite. Abcese. Flegmoane. Plăgi.

FLACOANE
FIOLE

Flacoane-fiole
5 şi 10 cc.

0

Fiole picătoare de 25 cc.

Salicilat de Sodiu CLIN

Sare cristalizată albă, de o puritate chimică absolută, lipsită de fenoli şi de acizi liberi.

Indicaţiuni generale:

Aciditate şi perfectă toleranţă gastrică. Dozaj riguros: excipient adecuat şi cu gust plăcut, capabil de a favoriza difuzarea principiului activ.

Indicaţiuni locale:

Soluţia de Salicilat de Sodiu Clin dozată a 2 grame de lingură de supă: reumatismul articular acut şi complicaţiunile lui; Boli infecţioase. Sciatica.

FIOLE DE SALICILAT DE SODIU CLIN:
(soluţie a 5%, 10%)
glucozat
Formula Bortem
René Benard
Reumatismul articular acut.
Encefalită a 20%, 30%, 40% pentru tratamente sclerozante (varice)

Laboratoarele C L I N, 20, rue des Fossés St. Jacques — PARIS, V.

Reprezentant General pentru România:

GEORGES VERGLAS — Str. Precupeţii Vechi No. 1 — BUCUREŞTI.

Stomac **Ficat** **Intestin**

GASTRO-SODINE

GRANULE, în trei formule.

Asociaţia sărurilor sodice selecţionate, riguros uscate, chimic purissime.

Indicaţiuni: Dyspepsie, Gastralgie, Hyperchlorhydrie, Colite, Arsuri stomacale, Ptosa-gastrică, Ulceraţii, Apendicită, Infecţii gastro-intestinale, Hepatite, Dermatoze, Enterite muco-membroase, Prurit anal sau genital, Migrenele copiilor.

1) **Formula simplă:** La Gastro-Enterite simple hiperchlorhidrice.
2) „ **B. (bromurată)** La Gastro-Enterite dispeptice nervoase şi neuroartritice.
3) „ **S. (sulfatată)** La Gastro-Enterite hepatice cu funcţiunea intestinală cronic încetinită. (Uşor laxativ).

Laboratoires Gastro-Enterologiques «ODINOT», 21 Rue Violet — Paris XV.

Depozit General de desfacere, A. GROZEA & Co., Bucureşti, Str. Doamnei 21.

Preparatele se găsesc permanent la toate farmaciile.

NOUTĂŢI DIN LITERATURA STRĂINĂ

Contribuţiuni la tratamentul adipozităţii.

Prof. Dr. K. VOIT.
Spitalul comunal Solingen (Referat după Zbl. Inn. Med. 1939, No. 7).

Principiul după care trebue să fim conduşi în tratamentul obesităţii este de a reglementa în aşa fel cantităţile precum şe felul hranei încât organismul să fie silit să recurgă la rezervele de grăsime, pentru acoperirea necesităţilor dinamice. Fără micşorarea alimentaţiei nu se pot obţine rezultate durabile. Este important, ca în special cantitatea de grăsime din alimentaţie să fie cât se poate de redusă, fără însă să fie suprimată cu totul, de oarece grăsimea pe lângă importanţa culinară este necesară şi din cauza vitaminelor ce conţine. In schimb urmează să se recomande albumine în cantiatea îndestulătoare. In cazurile mai uşoare de obezitate, 20 — 25% din metabolismul alimentar este acoperit de albumine, pe când în cazurile mai grave se ajunge până la 40%. Se vor înlătura asemenea din alimentaţie hidraţii de carbon uşor resorbabili, ca şi zahărul şi făinoasele etc. In schimb partea covârşitoare a alimentaţiei urmează să fie din substanţe bogate în celuloză, fructe proaspete, precum şi legume, în special pentru conţinutul lor de vitamine. Reducerea cantităţei de calorii poate atinge, după indicaţiunile date de W. von Noorden în cazurile de indispoziţie uşoară 2500 de calorii, în cazurile mijlocii 2000, iar în cele grave 1000 de calorii. Aceste indicaţiuni nu pot fi respectate întotdeauna la oameni cu ocupaţiuni mai grele. Se recomandă de asemenea şi o reducere a cantităţii de lichide. Bolnavul de adipositate reţine de adesea ori apa deoarece ţesutul adipos reţine în mare cantitate acest lichid. Se recomandă şi o reducere a cantităţii de Na. Cl. Deshidratările provenite în urma administrării Salyrganului etc. produc o reducere temporală a greutăţii corpului. Se recomandă intercalarea unor zile de fructe şi legume precum şi aplicarea pentru un timp a regimului crud (Rohkost). Aceste indicaţiuni dietice trebuesc completate cu mişcări corporale şi gimnastică controlată. Indicaţiunile date mai sus sunt recomandabile într'o formă mai puţin severă şi pentru prevenire adipositătii la oameni predispuşi la îngrăşare. In tratamentele medicamentoase ale acestei infecţiuni s'au remarcat pe lângă preparatele de ovar şi combinaţiile de Eltyran şi Preloban, precum şi derivaţii de tireoidee conţinând iod, astfel încât s'a ajuns la o scădere importantă a greutăţii corporale.

Derivatul tireoidian Elityran conţine iod într'o cantitate de 0,6% şi chiar şi mai mult. Această cantitate destul de importantă pentru un derivat albuminos de iod al tireoidei se prezintă într'o proporţie de 1% faţă de cel conţinut de Tyroxin. Cu toată cantitatea mare de iod, Elityran-ul este foarte bine tolerat, precum reiese din literatura alăturată.

In general se recomandă la început doze mici (1—2 tablete pe zi) apoi se va trece încetul cu încetul la de 3 ori pe zi câte 1 tabletă de câte 10. U. cobai — copiilor li se vor administra doze corespunzătoare vârstei. In cazurile de mixoedem precum şi în adipozitatea pronunţată se recomandă administrarea sub control medical al unei cantităţi de 6—9 tablete pe zi, obţinându-se astfel un efect rapid (reducerea cantităţii de grăsime precum şi o deshidratare a corpului).

Regimul alimentar compus din substanţe sărace în calorii contribue în mare măsură la tratament, permiţând astfel aplicarea unei cantităţi mai reduse de preparate tireoidiene fără ca efectul final să fie schimbat. Pentru tratamentul parenteral se recomandă soluţiile de câte 1cmc. Elityran, conţinând 4 un. cobai. Injecţiile se aplică de obiceiu intramuscular, zilnic sau tot la două zile, majorând doza încetul cu încetul dela ½ cmc. până la 2 cmc.

REGIMUL DE SLĂBIRE

Primul dejun: 250 grame ceai sau cafea, 20 grame lapte, 30 grame pâine neagră, 5 graem marmeladă, un ou;

Al doilea dejun: 100 grame fructe.

Prânz: 250 grame carne slabă (greutate crudă) fiartă sau friptă (= 160 grame preparată); 200 grame legume (înainte de preparare) fierte în bulion, 50 grame cartofi (greutate crudă) 10 grame grăsime 100 grame fructe, 150 grame apă sau cafea (şvarţ).

După prânz: 150 grame ceai sau cafea, 15 grame lapte, 5 grame marmeladă, 10 grame toast.

Cina: 200 grame ceaiu, 100 grame carne slabă. rece, 200 grame salată, 100 grame fructe (aproximativ 1050 calorii).

sau:

Dejun: I: 1 ceaşcă ceai (cca 150 grame), cafea cu lapte smântânit (cca 15 grame) 50 grame pâine neagră, 15 grame unt, 30 grame jambon crud, calorii 265.

Dejun II: 250 grame mere, calorii 120.

Prânz: Şnitel de viţel 125 grame, unt 20 grame, spanac 50 grame, salată 200 grame, mere 100 grame, calorii 435.

După masă: 1 ceaşcă cafea (cca 150 grame) Zwiback 20 grame, calorii 75.

Cina: Legume, calorii 320.

Total calorii 1215.

La chestiunea tratamentului turburărilor circulatorii cu Vitamina C.

W. LUEG. şi G. HAMMAN.
Städt. Krankenanst. Bad Nauheim. Med. Welt 1939 Nr. 4 pag. 116

Că vitamina C. posedă o acţiune diuretică în unele stări maladive cu rentenţiune de apă, faptul a fost expus în mai multe rânduri. Controlând aceste afirmaţiuni, autorii nu au obţinut totdeauna rezultatul dorit. In cazuri de decompensaţiuni uşoare şi grave în circulaţie, Vitamina C singură nu era suficientă. Chiar digitala, strofantina sau diuretice mercuriale, nu au acţionat întotdeauna ca diuretice. Numai după ce bolnavul a fost pregătit prin Vitamină C. (Cantan etc.), atunci a produs tratamentul mercurial diureza dorită: spre exemplu:

Un bărbat de 70 ani cu o insuficienţă cardiacă gravă şi cu simptome de edem acut al pulmonnului; edem al membrelor inferioare, ascită şi anasarcă. Acţiunea cardiacă neregulată, dispnee, pulsul mic 120,RR.210/135 mm. Hg. cu albumină în urină. Strofantina, dieta dechlorurată şi diureza se măreşte de la 600 cc la 2000 cc. Edemul dispare încet, asemenea şi decompensaţia, tensiunea este acum de 110/70 mm. Hg. şi pulsul a mai revenit.

2. O fetiţă în vârstă de 10 ani prezintă endocardită, pericardită şi poliserozită. Tonicele vasculare nu au nici un efect. Dispnee intensă. Icter. La examenul făcut la Nauheim se constată: Anasarcă, ascită, ficatul mărit, transudat în pericard şi pleură, edem al membrelor inferioare, ambele cavităţi cardiace mărite de volum, în aria cardiacă se aude un suflu diastolic, sistolic şi pericardic, temperatura 38,5°, Puls 128 RR. 135/35 mm. Hg. In urină urme de albumină. Strofantina, dieta declorurată precum şi diureticele mercuriale fără efect. Dozele prea mari de diuretice mercuriale produceau mărirea cantităţii de albumină. Acum se administrează cantităţi mai mari de Vitamină C. parenteral, imediat diureza creşte atingând prin administrarea de mercur 3000 cc. pe zi. Edemele şi transudatele regresează repede. Bolnava pleacă mult ameliorată.

3. La o femeie de 40 de ani, cu o decompensaţie gravă prin maladie mitrală, deasemenea numai prin ansamblul de vitamină C., strofantină şi diuretice mercuriale s'a putut obţine descărcarea circulaţiei (până la 13 kgr. de apă eliminată în scrt timp).

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53, şi Cluj, Calea Moţilor 18.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

INSUFICIENȚA HEPATO-BILIARĂ
și consecințele sale dispar prin :

FELAGOL

TABLETE

CHOLAGOG - ANTISEPTIC - DESINFECTANT

In anemii de orice natură

introduceți în organism fier sub formă de sare feroasă (ferro) cea mai ușor asimilabilă și eficace

Ferroconstans

Nu irită stomacul !
Nu strică dinții !

3 ori pe zi, 1—2 tablete.

Medicația salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulți și copii

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop:
Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate:
Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

NEOLIDES

(Generatoare de oxigen şi ozon)

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulceraţiunile colului.

OVUNÉOL

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic şi glicerină.

Nu pătează. 1 ovulă seara la culcare.

Laboratoires du Prof. BOTTU — PARIS.

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei BUCUREŞTI III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 7 — 10 Lei Exemplarul — 1 Aprilie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239 43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. P. TOMESCU, Dr. DAN CONSTANTINESCU şi LUCREŢIA IONESCU: *Directive noui în Igiena mintală* 73

Dr. I. LUPULESCU: *Importanţa factorului individual pelagrogen în geneza şi tratamentul pelagrei* 76

Vaccinul antistreptobacilar «Nicolau-Banciu» în tratamentul şancrului simplu şi al complicaţiunilor sale 79

Pagina

PROBLEME DE ORGANIZARE

Prof. C. DANIEL: *Învăţământul obstetrical la Facultatea de Medicină din Bucureşti* 80

REVISTA CĂRŢILOR

Prof. Dr. Titu Vasiliu: Manual de Anatomie Patologică Clinică. – 1939, Ed. Universităţii «Regele Ferdinand I», Cluj. – recenzat de Prof. E. Crăciun 81

Pagina

PROBLEME SANITARE

Dr. I. BORDEA: *Probleme sanitare. Orientări şi desorientări* . . . 82

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

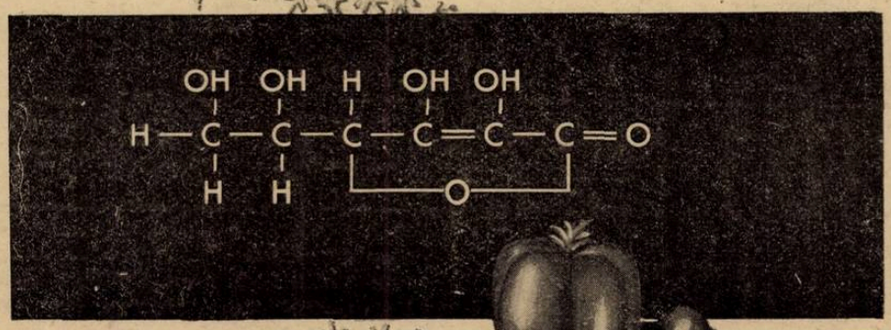
Noul comitet al Soc. pentru studiul tuberculozei; Concurs de medic secundar la spitalul Brâncovenesc; Examenul de capacitate pentru medici sanitari 84

BIBLIOGRAFII

Cum tratăm azi epilepsia, de Docent Dr. *D. Grigorescu*, Dr. *Sergiu Axente* şi Intern *Vivi Constantinescu*, Editura Bucovina—Bucureşti. Preţul vol. lei 100.

Cantan

Vitamina C »Bayer«



In diateze hemoragice, hemoragii, scorbut, predispoziţie spre infecţiuni.
In boale infecţioase pentru compensarea consumului mărit de vitamină C.
In vărsăturile sarcinei, paradentoze, carii etc.
In cazuri grave: CANTAN-forte.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-92-86, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18 Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diferică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

V I T A P L E X

Vitamine „CHINOIN"

Numele preparatului — Substanţa activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A = Vitamina A.	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ A+D = Vitamina A+D_2	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 U.I. Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B = Vitamina B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete:* tuburi cu 20 buc. *Injecţii:* cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C = Vitamina C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete:* tuburi cu 10 buc. *Injecţii*: cutii cu 5% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc. „ „ 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D (Devitol) = Vitamina D_2	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	In comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E = Vitamina E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sf. Constantin, 4.

Stomac **Ficat** **Intestin**

GASTRO-SODINE

GRANULE, în trei formule.

Asociaţia sărurilor sodice selecţionate, riguros uscate, chimic purissime.

Indicaţiuni: Dyspepsie, Gastralgie, Hyperchlorhydrie, Colite, Arsuri stomacale, Ptosa-gastrică, Ulceraţii, Apendicită, Infecţii gastro-intestinale, Hepatite, Dermatoze, Enterite muco-membroase, Prurit anal sau genital, Migrenele copiilor.

1) **Formula simplă:** La Gastro-Enterite simple hiperchlorhidrice.
2) „ **B. (bromurată)** La Gastro-Enterite dispeptice nervoase şi neuroartritice.
3) „ **S. (sulfatată)** La Gastro-Enterite hepatice cu funcţiunea intestinală cronic încetinită. (Uşor laxativ).

Laboratoires Gastro-Enterologiques «ODINOT», 21 Rue Violet — Paris XV.

Depozit General de desfacere, A. GROZEA & Co., Bucureşti, Str. Doamnei 21.

Preparatele se găsesc permanent la toate farmaciile.

In tusea afecţiunilor laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie, anghine acute, procese ulcerative ale faringelului şi laringelului, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0.03; Fenacetină 0.08; Thimol, menthol, ol. Eucalipti áá 0.015 —

Adulţi 4—6 pastile pe zi. Copii, mai puţin după etate. Pastila se suge încet până la terminare. Tub. orig. a 25 pastile

Contra Tusei
rebelă, cronică, tabagică, tbc. astm.

Sirop EUPECTIN

a. sulfogaiacolat, efedrină. codeină, Na. phenilaethilbarbituric Na. benzoic, etc. Gust agreabil. Efect remarcabil.

Adulţi: 3 linguri, copii 3 linguriţe pe zi.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Ca. Glicerofosforic, Nucă de Kola, Extr. strichni, vin de malaga.

Flc. orig. 400 gr.

Adulţi: 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

CEREBROL

Ca. şi K. Br.; Analgesină; Na. phenilaethylbarbituric, sirop simplex.

1/2 gr. Br. pe linguriţă.

2—3 linguriţe pe zi sau mai mult după cazuri, *in puţină apă sacharată.*

Laxativ mecanic aromat

LAXOGEN

Ol. parafini bidistilat aromat cu oleu de mentă.

Flc. orig. 200 gr.

Doza: 2—3 linguri seara la culcare.

Laxativ şi Purgativ din substanţe pur vegetale

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae. Nu produc obişnuinţă.

Pentru cură 1—3 pastile pe zi.
Doza laxativă 1 pastilă seara.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Desinfectant intern

Tablete Urocid

Hexametilentramin chimic pur.

Tuburi orig. cu 20 tablete a 0.5 gr.

Doza după aviz.

Repr. I. Zelter, Bucureşti, Str. Profetului 9. — Preparatele se găsesc la toate depozitele de medicamente din Capitală.

Chimioterapia peroralĕ a blenoragiei se face prin ALBUCID

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp, s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător:*
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Doamnei 1/II

Prominal

Antiepilepticul cu efectele Luminal-ului fără simptomele deprimante.

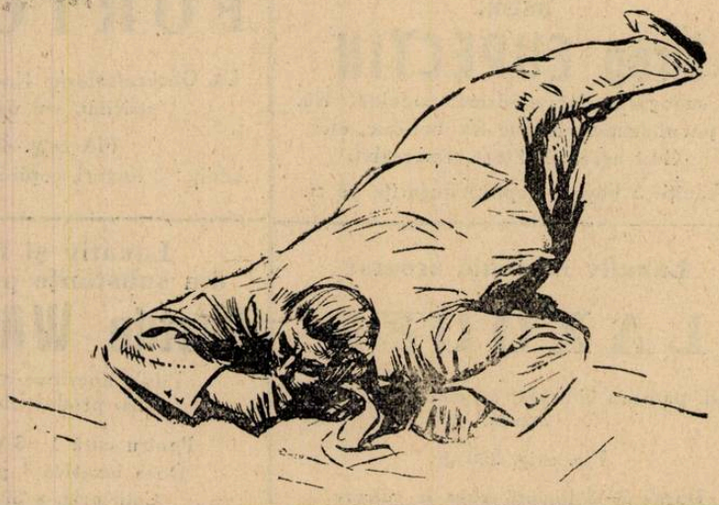
Ambalaje originale:
Tub cu 10 şi flacon cu 50 tablete de 0,2 gr.

In hipertensiuni, nevroze vasculare, Basedow tuse convulsivă

PROMINALETTEN

Efect spasmolitic tipic fără cea mai mică influenţare a puterii de muncă şi a activităţii intelectuale.

Ambalaje originale: Flacon cu 30 buc. à 0,033 g.



»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R. — Bucureşti I
Str. Brezoianu 53. Tel. 3.9285 şi 3.9286
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor No. 18. Tel. 3.722

«CHIMIROMAN»
Bucureşti I, Str. Th. G. Masaryk 32.

Anul XVIII. No. 7 — 10 Lei Exemplarul — 1 Aprilie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Directive noui în Igiena mintală

de Prof. Dr. P. TOMESCU, Dr. DAN CONSTANTINESCU şi LUCREŢIA IONESCU
Medic secundar al Clinicei de Psihiatrie — Internă a Clinicei de Psihiatrie

Dacă examinăm discuţiunile urmate şi realizările înfăptuite în domeniul Igienei mintale, în diferite ţări ale Europei şi ale Americei, constatăm că sub această titulatură, se grupează preocupări foarte variate.

In acelaş timp, observatorul obiectiv examinând ideile fundamentale şi stadiul ei actual de desvoltare, ajunge la concluzia că Igiena mintală va putea exercita o influenţă binefăcătoare asupra desvoltărei intelectuale şi asupra activităţei spirituale a societăţei.

De aceeea credem că a venit timpul ca Igiena mintală să fie introdusă pe o scară mai largă în ţara noastră.

De altfel până în prezent, s'a desfăşurat, în acest sens, o activitate interesantă şi rodnică.

Astfel s'a făcut o operă de propagandă în favoarea ideii, care s'a adresat medicilor, membrilor corpului didactic şi într'o măsură mai redusă, chiar marelui public.

In acelaş timp, medicii cari s'au specializat în igienă, cei cari au urmat cursurile de medicină şcolară caşi studenţii ultimului an ai Facultăţii din Bucureşti, au fost informaţi asupra problemelor de Igienă mintală.

In prezent socotim necesar ca principiile şi metodele Igienei mintale să fie aplicate în mod sistematic şi perseverent. De aceia credem că trebue să trecem de la faza informativă la cea de activitate practică pe teren, — generalizând pe tot cuprinsul ţărei preocupările cari până acum au fost sporadice şi locale.

In acest scop, socotim necesar să clarificăm problema, precizând cari din preocupările actuale trebue să rămână Igienei mintale şi cum trebue să fie rezolvate chestiunile cari urmează să fie soluţionate prin alte metode şi de alte discipline.

In modul acesta sperăm să devină mai simple, mai clare şi mai uşor de înfăptuit planurile de lucru ale Igienei mintale propriu zise.

In general până acum, Igiena mintală s'a ocupat de patru probleme mari, cari au fost discutate împreună, deşi constituiau de fapt, chestiuni deosebite.

Acestea sunt:

1. Problema asistenţei medicale şi sociale a bolnavilor mintali.

2. Problema asistenţei medicale şi sociale a copiilor arieraţi.

3. Problema profilaxiei boalelor mintale.

4. Problema igienei mintale propriu zise, care urmăreşte să asigure condiţiuni cât mai bune de desvoltare intelectuală şi de activitate spirituală oamenilor de toate vârstele.

Vom examina separat aceste probleme, în scopul de a vedea în ce măsură ele pot rămâne în cadrele Igienei mintale. Totdeodată vom căuta să arătăm în ce mod problemele puse pot găsi o soluţionare, în actualul stadiu de desvoltare al ştiinţei medicale şi al concepţiilor curente de asistenţă socială.

I. Problema asistenţei medicale şi sociale a bolnavilor mintali

De fapt, la început mişcarea de igienă mintală iniţiată de Beers în 1909, a plecat de la ideia de a se asigura bolnavilor mintali condiţiuni mai bune de asistenţă medicală.

Trebue să recunoaştem că titulatura dată mişcărei, nu corespundea conţinutului ei şi nici scopurilor urmărite, — atunci.

Ideia iniţială se legase însă aşa de puternic de titulatura frumoasă şi răsunătoare de «Igienă mintală», încât i-a rămas ataşată până în prezent.

Examinând însă chestiunea, cu toată obiectivitatea necesară, trebue să recunoaştem că este momentul să despărţim complect şi definitiv problemele de asistenţă de cele de Igienă mintală.

Este adevărat că la început, discuţiunile urmate în public asupra asistenţei bolnavilor mintali, iniţiate, patronate şi propagate de susţinătorii igienei mintale, au fost foarte utile progresului realizat în acest domeniu.

In toată lumea spitalele rezervate alienaţilor au suferit o transformare radicală, în ultimele două decenii.

Este exact că această transformare se datoreşte progreselor însemnate pe care terapeutica le-a făcut şi proporţiei, din ce în ce mai mari, a bolnavilor mintali vindecaţi şi ameliorati.

Situaţia actuală se datoreşte însă unei schimbări fundamentale în concepţiile de bază ale psihiatriei contemporane.

In adevăr, până la începutul secolului actual şcoala psihiatrică franceză considera că boalele mintale se datoresc unui proces degenerativ, care era fatal şi ireversibil.

Şcoala germană credea că toate psinozele au o evoluţie inevitabilă către demenţă. Şi într'o ipoteză şi în cealaltă, intervenţia medicală era lipsită de orice şansă.

Progresele realizate în ultimii 30 de ani, se datoresc faptului că s'a produs o modificare ideologică în ceia ce priveşte cauza şi evoluţia boalelor mintale.

Fără a neglija importanţa terenului, care este foarte însemnată, astăzi se crede că sistemul nervos central poate fi victima unei agresiuni morbide de ordin toxic sau infecţios, întocmai ca orice alt organ. Acest proces patologic poate fi curabil, toate fenomenele morbide, dispărând odată cu starea toxică sau infecţioasă care le-a produs.

Graţie acestei concepţiuni noui, s'au făcut marile descoperiri terapeutice cari au transformat, în ultimul timp, aspectul şi evoluţia celor mai multe boale mintale.

Astfel paralizia generală care făcea altădată un număr atât de mare de victime, se vindecă în marea majoritate a cazurilor prin malario-terapie.

Sindromele schizoide simptomatice ca şi schizofrenia incipientă găseşte în tratamentul prin şoc insulinic şi prin şoc de cardiazol, o terapeutică de o eficacitate incontestabilă.

Epilepsia, atât de redutabilă prin accesele ei consulsive şi prin turburările psihice ce provocau, este o boală mult ameliorată în evoluţia ei, graţie tratamentului sistematic şi permanent cu Luminal.

Sindromele psihice datorite Alcoolismului sunt vindecate, într'o proporţie mult mai mare decât altădată prin tratamentul cu Strichnină şi prin şoc insulinic.

Pelagra este repede ameliorată prin tratamentul cu Acid Nicotinic (Vitamina P. P.)

Concomitent cu progresele de ordin ştiinţific, s'au făcut mari ameliorări în spitalele de specialitate cari, în organizaţia lor actuală pot da o asistenţă medicală de o eficacitate din ce în ce mai mare.

Deci, prin organizarea cât mai bună, a spitalelor şi serviciilor de specialitate, se va rezolva problema asistenţei medicale a bolnavilor mintali.

Chestiunea iese deci din preocupările Igienei mintale pentru a se integra complect Medicinei curative.

Dacă majoritatea bolnavilor se vindecă sau fac remisiuni, compatibile cu

viaţa socială, o mică parte se cronicizează. Cei lipsiţi de mijloace, cad în sarcina autorităţilor publice, care trebue să organizeze pentru ei asistenţă de ordin social, realizată prin azile sau colonii de muncă.

Şi această operă, iese din preocupările igienei mintale.

II. Problema asistenţei medicale şi sociale a copiilor arieraţi.

Mişcarea de igienă mintală, desfăşurată cu deosebită vigoare, mai ales în Statele-Unite ale Americei, a pus între preocupările ei primordiale, chestiunea asistenţei medicale şi sociale a copiilor arieraţi.

Deşi problema în sine, credem că nu se poate încadra Igienei mintale, ea a putut fi mult desvoltată graţie protagoniştilor acestei noui discipline medico-sociale.

Copiii arieraţi, dela cei cu sindrome grave de Imbecilitate până la cei atinşi de debilităţi mintale parţiale de memorie sau de judecată, constitue pentru viaţa socială o problemă, care trebue neapărat rezolvată.

Dacă privim chestiunea sub aspectul umanitar, societatea organizată trebue să asigure acestor copii o existenţă convenabilă.

Din punct de vedere financiar, asistenţa copiilor arieraţi necesită fonduri însemnate cari vin să greveze bugetul public.

Din punct de vedere educativ, copii debili mintali cu turburări de caracter, sunt elemente periculoase pentru mediul şcolar. Din cauza sugestibilităţii copiilor de toate vârstele se pot produce fenomene de contagiune mintală printre elevii normali, cu oarecare predispoziţie nevropatică.

Pentru toate aceste motive, organizaţia de Stat trebue să se preocupe de problema copiilor arieraţi.

Soluţiunile ce s'au propus şi în parte s'au aplicat în diferite ţări străine şi în România, sunt următoarele:

1) Deoarece copiii arieraţi nu pot urma cursurile şcolare după programele stabilite pentru elevii normali trebuesc întemeiate şcoli speciale pentru această categorie de copii.

Un alt arguemnt în favoarea acestei idei îl găsim în faptul că desvoltarea psihologică a copiilor normali este rău influenţată prin contactul permanent cu colegii lor debili mintali sau desechilibraţi, — în timpul şcolarităţei.

2) Pentru a preveni şi combate delicvenţa infantilă, o întreagă organizaţie juridică s'a făcut în toate ţările civilizate, pentru a rezolva această problemă.

Tribunalele de minori cari lucrează în colaborare cu instituţiile de asistenţă socială şi medicală a delicvenţilor, sunt în plină desvoltare.

3) Pentru ca bugetul public să nu fie grevat prea mult de opera de asistenţă şi pentru a face din copiii arieraţi elemente oarecum utile, se caută ca toţi copiii arieraţi să fie îndrumaţi către ocupaţiuni productive. De aceea şcolile pentru această categorie de copii au un caracteer practic, fiecare elev fiind orientat către o meserie pentru care are oarecari aptitudini.

Prin urmare, din cele expuse în acest capitol, reiese că problema copiilor arieraţi nu poate rămâne încadrată numai între preocupările igienei mintale, propriu zise.

Rezolvarea ei comportă, în primul rând, depistarea tuturor cazurilor încă din primii ani ai şcolarităţei, ceeace se va face de medicii şcolari în colaborare cu profesorii.

Toţi copiii arieraţi vor fi îndrumaţi către şcolile special organizate pentru ei, unde pe lângă educaţie li se va da şi o pregătire profesională în raport cu aptitudinile lor.

Igiena mintală a copiilor arieraţi constitue un capitol foarte interesant al acestei discipline.

In adevăr, normele generale ale Igienei mintale aplicabile copilului şi adultului normal, sunt deosebite de normele special adaptate boalelor mintale şi diferitelor grade de arieraţie mintală.

Acest capitol de igienă mintală va trebui încadrat din ce în ce mai mult în preocupările medicinei psihiatrice curente, aşa cum regulile de igienă specială diferitelor boale interne, se integrează clinicei.

III. Problema prevenirii boalelor mintale.

Problema prevenirei boalelor mintale constitue una din preocupările cele mai greu de rezolvat ale medicinei sociale.

Prin întinderea ei şi prin metodele ce utilizează prevenirea boalelor mintale trebue să constitue un capitol deosebit de Igienă mintală.

Această acţiune preventivă trebue îndreptată în trei direcţii:

1) Pentru a face ca numărul psihozelor să scadă, trebue mult amplificată mişcarea de *Eugenie* nu numai pe plan ştiinţific dar şi pe cel social.

Prin urmare, acţiunea preventivă în acest domeniu, se confundă cu măsurile generale pe cari *Ştiinţa Eugeniei* le indică pentru prevenirea tuturor boalelor, în producerea cărora heredităţea are un rol hotărâtor.

2) Prevenirea boalelor mintale de etiologie toxică sau infecţioasă, se poate face numai prin combaterea tuturor boalelor cari prin întinderea lor şi prin cauzele cari le produc, se încadrează în grupul *boalelor sociale*.

Combătând Sifilismul, Alcoolismul şi Pelagra, vom reuşi în acelaş timp, să obţinem o scădere a numărului atât de mare astăzi, al psihozelor sifilitice, alcoolice şi pelagroase.

3) In al treilea rând abia, Psihiatria preventivă poate activa direct pentru realizarea scopului ce urmăreşte.

Astfel, prin tratarea sistematică a tuturor celor cari au contractat sifilisul, se pot preveni localizările acestei infecţiuni pe sistemul nervos. Ceva mai mult, prin examene periodice atât clinice cât şi biologice se poate surprinde o localizare cerebrală în faza ei pre-clinică, în care tratamentul are o eficacitate sigură.

Din cele expuse în acest capitol, rezultă că Psihiatria preventivă nu poate fi înglobată Igienei mintale.

In adevăr, prevenirea bolaelor mintale se poate face prin promovarea mişcărei de Eugenie, prin combaterea boalelor sociale şi prin examene clinice periodice asupra bolnavilor susceptibili de a face o localizare cerebrală a unei infecţii latente.

Igiena mintală, atunci când va fi aplicată pe o scară foarte întinsă în viaţa socială, va ajuta foarte mult opera de prevenire a boalelor mintale.

De aceea putem spune că întocmai cum Igiena generală ajută opera de prevenire a boalelor pe care o urmăreşte medicina preventivă, tot astfel Igiena mintală (ramură a igienei generale) va putea ajuta Psihiatria preventivă (ramură a Medicinei preventive generale).

IV. Problema igienei mintale propriu zise.

După cum am spus în introducerea acestui articol, Igiena mintală urmăreşte să asigure condiţiuni cât mai bune de desvoltare intelectuală pentru copii; de activitate spirituală şi de echilibru emoţional pentru oamenii de toate vârstele.

O definiţie şi mai cuprinzătoare, este aceia dată, de comisia sănătăţei din New-Yorck:

«Igiena mintală urmăreşte a desvolta personalitatea către posibilităţile ei cele mai mari, astfel ca fiecare om să dea lumei ce are mai bun şi să cunoască adânca satisfacere a unei vieţi trăite bogat şi complect».

In această concepţiune, Igiena mintală separată de celelalte preocupări, pe cari le-am expus mai sus, are scopuri bine delimitate şi urmează să utilizeze metode perfect adaptate programului de acţiune ce urmăreşte.

De la început trebue să spunem că Igiena mintală, deşi are punctul său de plecare în practica medicală psihiatrică printr'un proces evolutiv natural, capătă o independenţă din ce în ce mai mare, faţă de specialitatea din care s'a desvoltat.

Prin tendinţele sale actuale, prin obiectivele de ordin social ce urmăreşte, şi prin metodele ce utilizează,

Veritol

Noul **remediu al circulaţiei şi al colapsului**

Acţionează repede şi durabil,
mai puţin brusc, dar cu o durată
mai lungă decât adrenalina.

Hipotensiune · Colaps

în stările generale de epuizare,

în cursul lăuziei, convalescenţei;
în intoxicaţii, maladii infecţioase;
înaintea, în cursul şi după operaţii.

Lichid: Flacoane de 10 gr. *Fiole: Cutii de 5 bucăţi.*

Knoll A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI

în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" **SPECIA** 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale : „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

Igiena mintală tinde să se încadreze în Igiena generală, devenind un sector important al acestei discipline.

Schiţând, în mod rezumativ, scopurile şi metodele de lucru ale Igienei mintale, vom da, în acelaş timp, argumentarea acestei idei.

Suntem convinşi că este absolut necesar să se introducă în viaţa intelectuală normele stabilite de igiena mintală, aşa cum în viaţa de toate zilele, s'au introdus în mod obligator regulile de igienă generală.

Dar trecând dela domeniul ideilor generale la aplicarea lor practică, vom expune rezumativ, metodele şi posibilităţile de acţiune ale Igienei mintale în diferite etape evolutive ale vieţii.

Astfel vom arăta, cum Igiena mintală poate acţiona asupra desvoltărei infantile în familie şi în şcoală. Apoi vom expune cum normele ei poate asigura o mai rodnică activitate în cursul maturităţei şi o mai filosofică înţelegere a vieţei, în cursul bătrâneţii.

a) *Igiena mintală a copilăriei*

In cursul desvoltărei, copilul suferă un proces de adaptare la ideile, directivele, sugestiunile şi voinţa părinţilor şi educatorilor cari exercită o influenţă continuă şi insistentă asupra lui.

In afară de aceasta, copilul caută instinctiv, să se adapteze la realităţile vieţii, unde pe lângă directivele din afară, experienţa personală joacă un rol însemnat. In acest proces, rezultatele atitudinilor şi acţiunilor proprii, sunt un îndreptar sigur şi personal.

O educaţie serioasă şi solidă, care urmăreşte o bună desvoltare a personalităţei copilului, trebue să aibă în vedere stimularea acestei experienţe proprii, bazată pe iniţiative personale şi controlată în mod cotinuu prin rezultatele la care se ajunge.

Copilul nu trebue anihilat în tendinţele sale şi procesul de judecată proprie nu trebue înlăturat în faţa micilor probleme pe cari viaţa i le pune, ci dinpotrivă trebue încurajat pentru găsirea soluţiunilor cerute de împrejurări.

Este o mare greşală să mergem cu dirijarea copiilor în viaţă până la amănunt. In modul acesta, utilizând excesiv sugestibilitatea lor, care este în general foarte mult desvoltată, facem din ei nişte automate, egal de sensibile sfaturilor bune ca şi îndemnurilor rele.

Iată una din ideile fundamentale de la care pleacă Igiena mintală, în aplicaţiunile ei practice.

Dacă este de dorit ca aceste principii să fie cunoscute şi aplicate în educaţia familiară, ele devin obligatorii pentru tot timpul şcolarităţei — din cea dintâi clasă primară până în ultima clasă a liceului.

In general, şcoala modernă trebue să ofere copilului un mediu plăcut, de care el se leagă afectiv şi în care se simte bine. Acolo, copilul învaţă să iubească munca, pe care o face cu entuziasm şi cu satisfacţie. El nu trebue să înveţe nici de frica pedepsei şi nici cu speranţa recompensei, ci pentru că îl interesează, îl pasionează cunoştinţele noui pe care şi le însuşeşte.

Copilul având o enormă cantitate de energie, trebue să-i dăm posibilitatea de a o utiliza într'o muncă ordonată, găsind un just echilibru între activitatea lui fizică şi cea intelectuală.

Şcoala va căuta să desvolte personalitatea, să consolideze caracterul şi să formeze o viaţă sufletească echilibrată şi perfect adaptată împrejurărilor sociale.

In această concepţie, şcoala trebue să formeze în primul rând, tineri gata să înfrunte greutăţile vieţei, cu pricepere şi curaj.

Normele de Igienă mintală aplicate în diferite faze ale copilăriei, trebuesc adaptate temperamentului, atât de deosebit dela un caz la altul.

Comportarea educatorilor şi a profesorilor trebue perfect adecuată anomaliilor temperamentale, cari se cer redresate pentru ca tinerii să se poată încadra tuturor exigenţelor vieţii sociale.

Astfel educatorii vor căuta să stimuleze pe un copil cu temperament ciclotimic depresiv şi să inhibeze iniţiativele nepotrivite ale unuia cu un temperament expansiv. Va căuta să combată tendinţa la izolare a schizoidului şi să tempereze orgoliul nemăsurat al paranoidului.

In afară de aceasta, Igiena mintală urmăreşte să asigure tinerilor generaţii, o orientare în viaţă către ocupaţiuni cât mai potrivite cu însuşirile şi temperamentul lor. De aceea orientarea profesională capătă o importanţă din ce în ce mai mare, fiind pusă astăzi, pe baze strict ştiinţifice.

b) *Igiena mintală la maturitate.*

Trecând la vârsta adultă şi la maturitate, rolul igienei mintale este tot atât de însemnat.

Această ştiinţă caută să stabilească atât pentru colectivitate, cât şi pentru individ, cele mai bune condiţii de viaţă sufletească. In acest mod se va putea obţine cu eforturi mici, rezultate mari, evitându-se uzura nervoasă, generatoare de boale.

Cu deosebire în timpul de faţă, în care viaţa mai ales în oraşe, se desfăşoară într'un ritm accelerat, este greu să asigurăm un echilibru stabil mentalităţei omeneşti.

Un om normal trebue să fie activ, să găsească în muncă cea mai mare plăcere şi în rodul muncei sale, cea mai mare satisfacţie.

Această atitudine sufletească simplă şi normală, lipseşte multor oameni în societatea contimporană.

Acei cari nu o au îşi îndeplinesc obligaţiile lor de serviciu cu greutate, sunt mereu contrariaţi, au un randament mic, se obosesc uşor, ajungând întotdeauna la rezultate mediocre.

In general trebue să stimulăm oamenii şi să-i ajutăm să-şi făurească idealuri în serviciul cărora să pună toată energia lor creatoare.

Aceste idealuri trebue să fie în raport cu posibilităţile de realizare, pentru a nu crea decepţii, tot atât de periculoase ca şi lipsa unui scop precis în viaţă.

Igiena mintală recomandă o activitate intelectuală ordonată şi o viaţă afectivă complectă.

Orele de muncă intensă trebue să alterneze cu ore de distracţie. Lectura de specialitate trebue uneori întreruptă pentru a realiza un repaos intelectual sau a avea timp de reflexiune.

Igiena mintală este tot atât de utilă bătrânului ca şi omului în plină maturitate.

O activitate intelectuală moderată va întreţine focul sacru al spiritualităţii şi va asigura o viaţă sufletească destul de bună până la adânci bătrâneţi.

Concluziuni

In articolul de faţă am căutat să clarificăm problema Igienei mintale, arătând în primul rând, că asistenţa medicală şi socială atât a bolnavilor cât şi a copiilor arieraţi revin integral psihiatriei curative.

In al doilea rând, am arătat că prevenirea boalelor mintale trebue încadrată în mişcarea de Eugenie şi de combatere a boalelor sociale, cărora Psihiatria preventivă le poate aduce o colaborare utilă.

In al treilea rând, am schiţat obiectivele igienei mintale şi mijloacele prin care poate acţiona.

Pentru a se obţine rezultate practice serioase atât pentru viaţa individuală, cât şi pentru cea colectivă, normele Igienei mintale trebue să ajungă la aciaşi largă aplicaţie în societatea contemporană la care au ajuns principiile Igienei generale.

Pentru a stabili metodele de lucru şi aplicarea lor practică este nevoe de o continuă colaborare între medicii igienişti şi psihiatri.

Apoi, va fi în sarcina igieniştilor de toate categoriile, începând cu medicii şcolari, să vegheze la o bună desvoltare intelectuală şi la o rodnică şi echilibrată activitate spirituală a oamenilor din toate categoriile sociale.

Importanţa factorului individual pelagrogen în geneza şi tratamentul pelagrei

de Dr. I. I. LUPULESCU

Pelagra, din nefericire, constitue pentru ţara noastră o veche boală socială şi o permanentă problemă de rezolvat.

Dela început, ţin să observ că pelagra nu se întâlneşte numai la oamenii cari mănâncă mămăligă. Astfel *Säid-Djemil*[1]) publică 261 casuri de pelagră la Constantinopol, la indivizi veniţi din Egipt şi cari nu se hrăneau cu porumb, ci cu pâine de prima calitate. Autorul insistă asupra absenţei factorilor A şi B din alimentaţia acestora. *Régis*[2]) publică deasemenea un caz de psihoză pelagroasă la un bolnav, care nu se hrănise cu porumb.

Şi totuşi, pelagra se întâlneşte mai ales la populaţia dela ţară, care mănâncă multă mămăligă.

Belardini, Di Giaxa, Bouchard (cit. *Claudian*[3]) au observat că în unele regiuni din Italia, Franţa, Spania, cu toate că se consuma numai porumb, pelagra nu se ivea. Laptele şi untul însă nu lipseau.

Pentru cei ce nu cunosc cum trăiesc şi mor oamenii dela ţară, insist asupra unui lucru şi anume că unii sunt aşa de săraci, chiar în aceste vremi de confort şi bogăţie aparentă, — că nu mănâncă decât mămăligă, când o au şi pe aceasta, — aproape nimic altceva.

Citez din observaţia III-a dată comparativ. Spune bolnavul, întrebându l ce mănâncă: «Mănânc mămăligă, ciorbă de cartofi, varză acră, fasole...» Dar ouă? întreb eu, iar el îmi răspunde: «Ouă? — da, la Paşti, da' acum m'a şi oprit doctorul». Dar carne? Carne? da, la Crăciun, când se taie porcul şi vara câteodată vre-un pui». Dar lapte? — Vacă n'am Domnule!» — Şi omul acesta care nu are ce mânca, s'a îmbolnăvit. A făcut acum patru ani malaria şi icter, în anii următori, pelagră, iar de un an au apărut dureri lombare cu iradiaţii în membrele inferioare, ceeace l'a determinat să vândă un pogon de pământ cu 6000 lei pe care i-a dat la «Institutul Medical şi Electroterapic» al doctorului H., care i-a făcut 10 şedinţe de «raze» ultrascurte şi 28 injecţii intravenoase, care îi provocau călduri (probabil calciu), iar per os, salicilat de sodiu şi diplosal.

Cine a căzut asupra prânzului sau cinii unei familii de ţărani, — iarna— a văzut poate 8 — 9 inşi, de vârste diferite, aranjaţi în jurul unei mese mici rotunde, având pe ea o mămăligă şi alături o strachină cu zeamă de varză acră, în care, ca să-i dea gust, înnoată rupt în bucăţi, un ardei roşu. Şi, după ce n'a mai rămas nici fărâmă pentru câine, îşi şterg gura cu dosul mânei sau cu mâneca cămăşii. Acesta le-a fost prânzul sau cina. Ba, deseori, când au, beau ţuică sau vin.

Sunt însă şi oameni cari trăesc bine, care adaogă mămăligii carne, lapte, ouă. Aceştia nu fac pelagră, ei au o alimentaţie complectă.

Pelagra este deci în raport cu denutriţia, cu starea economică (*Claudian* loc cit.), cu ştiinţa gospodăriei. Observatorii cari au susţinut teoria porumbului stricat de ciuperci parazitare, au observat *un fapt*, dar nu l'au studiat complect, căci pelagra s'a observat şi la ţăranii care mănâncă şi porumb nealterat.

Adevărul e că de nevoie, *în lipsa oricărui aliment, mâncau porumbul chiar stricat*, semn de cruntă sărăcie.

S'a mai căutat a se explica etiologia pelagrei prin lipsa lysinei şi acidului triptofanic din zeina porumbului. Adăogarea de lysină şi acid triptofanic împiedică apariţia turburărilor carenţiale şi supravieţuirea şoarecilor nutriţi exclusiv cu zeină (*Wilcoock* şi *Hopkins 1906*), dar turburările carenţiale nu erau pelagră.

Goldberger şi *Wheeler* (cit. *Randoin* şi *Simonnet*)[1]) au reprodus experimental pelagra în 1920, pe 6 deţinuţi din închisoarea din Mississipi cu un regim pelagrogen, iar în 1925, *Goldberger* şi *Tanner* (cit. *Randoin* şi *Simonnet*) au făcut o apropiere între pelagră şi boala câinilor «black-tongue», boli cari au aceeaşi distribuţie geografică şi unde aceleaşi alimente (carne, lapte, drojdie de bere) previn şi una şi alta. Aceşti autori admit pentru pelagră lipsa factorului antipelagros. P. P. Lucrări ulterioare (*Elvehjem, Maaden, Strong şi Wooley, Spies, Cooper şi Blan Blankenhorn R. S. Meltwss ş. a.* (cit. *Justin Besançon*[2]) *în străinătate*, iar la noi *Aurel Grecu, N. Gruia Ionescu şi P. Constantinescu*[3]) au arătat importanţa acidului niciotinic în apariţia şi tratamentul pelagrei, deşi în România rezultatele au fost mai puţin bune.

In No. 24 din 15 XII 1939 al «Românieі Medicale» d. *Prof. Dr. P. Tomescu, Dr. I. Cosmulescu şi C. Daniel*, au publicat rezultatele tratamentului cu acid nicotinic în 26 cazuri de pelagră cu turburări mintale. Subliniez faptul că turburările mintale ce ţineau de pelagră s'au influenţat favorabil, cazurile în care pelagra era un epifenomen (turb. schizoide, psihoză maniaco-depresivă) nu s'au influenţat.

Intr'un caz de pelagră observat în Serviciul de Boli Nervoase din S. M. R. E. m'am putut convinge cu atât eritemul cât şi turburările psihice de aspect schizoid au cedat relativ repede după injecţii de «Präparat B 50 Bayer».

Studiul complect al pelagrei arată că pelagra este o boală pluricarenţială (*Randoin* şi *Simonnet, Mouriquand*, etc.). Intr'un caz de pelagră cu determinări nervoase, *I. Claudian, V. Runcan, A. Vrancea* şi *Lucia Alexandrescu*[1]) au descoperit şi lipsa factorului A şi C.

Pentru a preveni şi trata pelagra trebue deci a introduce în alimentaţie: lapte, carne, unt, drojdie de bere, etc., alimente cari conţin toţi factorii antipelagroşi. Porumbul este foarte sărac în aceşti factori, mămăliga este un aliment incomplect. De altfel, în documentata lucrare a d-lui dr. *Claudian*, «Alimentaţia poporului român», judicios comentată şi elogiată într'un articol al d-lui *Prof. P. Tomescu*[2]), d-sa demonstrează că unde se mănâncă, pe lângă mămăligă: pâine, carne, lapte, nu apare pelagra. Intrebuinţarea mămăligii este o revenire la o stare *arhaică* de alimentare. Dar mai este ceva. Sunt familii unde numai unii membri fac pelagră, deşi duc acelaşi regim[3]). Aici intervine un *factor individual pelagrogen* asupra căruia vom insista după ce mai întâi vom expune foarte pe scurt observaţiile clinice a trei bolnavi de pelagră, unul dela oraş şi ceilalţi doi dela ţară, dar de stare socială diferită, — observaţii alese astfel pentru a putea fi mai bine comparate între ele şi a putea trage o concluzie, cu tot numărul restrâns.

In prima observaţie, e vorba de un bolnav ce trăeşte în mediu de centru de oraş, de stare socială bună, locot. pensionar, care mănâncă foarte rareori mămăligută, dar care bea foarte multe băuturi alcoolice şi care prezintă: nefrită hipertensivă, hematurie, hepatomegalie, sub-icter, turburări

---

1) *Said-Djemil*. Lyon Médical No. 53—30 Dec. 1929 pag. 753.

2) *Régis*. Précis de Psychiatrie. Collection Test. pag. 611.

3) *Dr Ioan Claudian*. Alimentaţia Poporului Român. Biblioteca Enciclopedică, 1939 «Fundaţia pt. Literatură şi Artă Regele Carol II» pag. 115.

1) *Randoin et Simonnet*. Les vitamines. Collection Armand Colin Paris 1934.

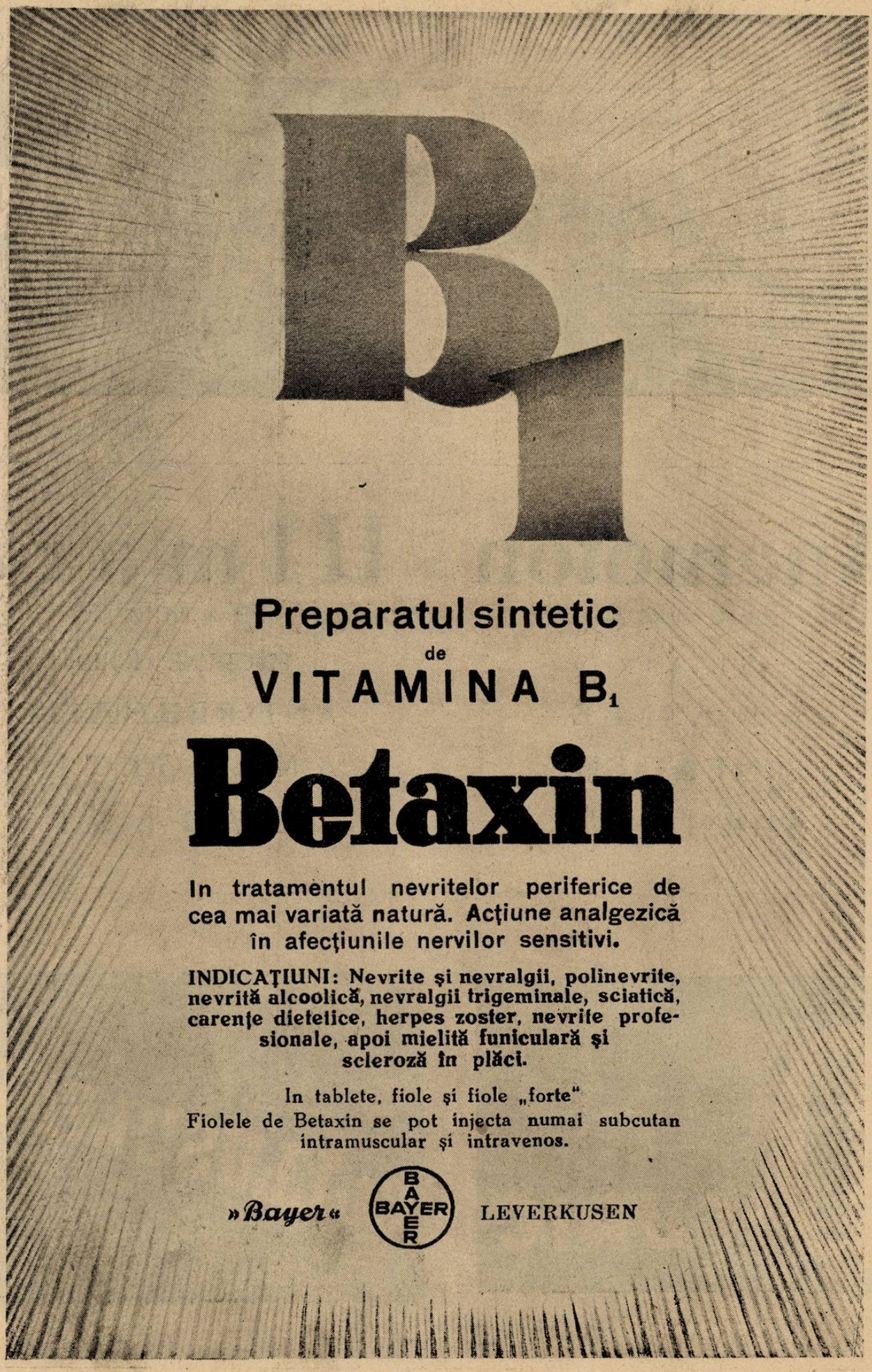
2) *Justin Besancon*. Vitamine P. P. Presse Médicale No. 18—4 Mar. 1939 pag. 341.

3) *Aurel Grecu, N Gruia-Ionescu* şi *P. Constantinescu*. L'acide nicotinique dans le traitement de la pélagre. Bull. et mem. de la soc. Méd. des Hôp. de Buc. 1938 No. 9—10 pag. 238.

1) *I. Claudian, V. Runcan, A. Vrancea şi L. Alexandrescu*. Sur un cas de paraplégie spastique pellagreuse considérablement amelioré par des injections de Vitamine Bi. Bul. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Bucarest 1938 No. 6—Jun.—p. 147.

2) *Prof. Dr. P. Tomescu*. Problema socială şi problema medicală a pelagrei. România Medicală No. 17—1939—1 Sept.

3) Aprecierea relativă de altfel, întrucât trebue ţinut seamă că unii îşi pot agonisi prin alte mijloace o alimentaţie bună: muncind, cerşind sau chiar furând.



Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 37-22.

Anemoton

„GAMMA"

ELIXIR

ANEMIE

LIMFATISM

SURMENAJ

Ulmara

„GAMMA"

FRICȚIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC

ANALGETIC

REVULSIV

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

polinevritice, iar din punct de vedere psihic stări de agitaţie cu perioade de depresiune, idei de sinucidere, mizantropie. In plus, prezintă un *eritem pelagros intens.*

De 4 — 5 luni nu mai mânca aproape nimic, în schimb bea mai mult ca înainte.

Turburările lui mintale au făcut pe fiul său, locotenent, să-l interneze în Serviciul de Boli Nervoase.

In a doua observaţie este vorba de o femee dela ţară, bogată, cu posibilităţi de hrană multă şi bună, *veche alcoolică,* cu ipertensiune arterială, hepatomegalie, sub-icter, gastrită alcoolică, hemiplegie stângă spastică şi *pelagră.*

In a treia observaţie e vorba de un bărbat de 36 de ani, dela ţară, extrem de sărac, care a făcut acum patru ani malaria, urmată de icter ce a durat 6 săptămâni şi care, de 3 ani, are *pelagră,* iar de un an, un *reumatism vertebral* cu compresiune medulară şi radiculară.

Oricari ar fi factorii carenţiali, toxici sau infecţioşi cari intervin ca *primum movens* în geneza pelagrei: *carenţe alimentare* prin aport insuficient urmate de leziuni degenerative *în organe (Wenger, Mouriquand*[1]*), Bernheim,* etc.),*carenţe digestive* prin turburări gastro-intestinale şi a glandelor anexe de altă cauză, ori *carenţe nutritive* prin fenomenul de «*forçage*» sau de «refuz» (*Mouriquand*), rezultatul este fatal acelaş, *denutriţia.*

E interesant de relevat faptul observat de *Mouriquand,* cu privire la avitaminoza C., anume fenomenul de *ireversibilitate,* adică o carenţă primitiv alimentară dă turburări gastro intestinale, cari dacă nu se intervine la timp, devin *ireversibile* şi animalul trece în stadiul atrepsic şi moare. In acest stadiu se pot opri cu vitamina C accidentele osteo-hemoragice dar turburările gastro-intestinale şi starea generală, nu.

Se cunosc turburările digestive şi ca urmare a altor avitaminoze A, B, P. P, — ele putând constitui factori importanţi de carenţe digestive *(Mouriquand).* Turburările gastro-intestinale sunt de regulă observate în pelagră: ulcere macro şi microscopice *(V. şi A. Babeş).*

Apariţia eritemului pelagros primăvara şi toamna sau mai exact cu o frequenţă ce culmineză în Iunie şi scade treptat în lunile de toamnă *(Dr. Gh. G. Constantinescu*[1]*),* face din pelagră nu numai ceeace suntem bine edificaţi, oglinda sărăciei crunte, dar constitue un exemplu de *boală sezonieră* ce intră în cadrul *meteoropatologiei.*

Cu un cer întunecat şi zile ploioase de toamnă, cu zile scurte, friguroase şi fără soare de iarnă, e uşor de înţeles cum carenţa solară intervine şi ea în geneza pelagrei.

Eritemul pelagros dispare cu toamna şi apare primăvara sub o formă mai gravă. *Cu apariţia razelor soarelui de primăvară carenţa devine aparentă.* Pielea, sub acţiunea carenţelor multiple cari duc la pelagră, pierde din proprietăţile ei de acomodare, devine mai slab rezistentă la acţiunea razelor solare şi astfel ia naştere eritemul, — arsura, — asemănătoare eritemului sau arsurilor celor ce fac o expunere prea lungă la începutul curei helioterapice. Eritemul nu se produce pe regiunile acoperite.

E probabil că exacerbarea turburărilor mintale şi a tuturor simptomelor oolii să ţină şi la efectele toxice rezultate din rezorbţia produselor de arsură, aşa cum se cunosc în patologie, cu deosebirea că în pelagră, organele şi ţesuturile sunt mai rezistente, din cauza pluricarenţelor.

Carenţa aceasta specială, *pelagra,* există şi fără eritem: *pellagra sine pellagra (Niţulescu* cit. *P. Carnot* et *Gaehlinger*[2]*).*

Este probabil că şi enteropatiile ce ţin de influenţa căldurilor estivale să contribue şi ele prin carenţa digestivă la apariţia turburărilor pelagroase.

Toţi aceşti factori, prin mecanisme mai mult sau mai puţin lămurite, intervin în geneza pelagrei, boală pluricarenţială *(Randoin, Simonnet, Mouriquand, etc.).*

Dar, după cum alimentaţia maidică nu explică toate cazurile de pelagră, nici carenţa solară, nici oricare alt factor luat în parte. Problema e complexă. Starea constituţională ne poate explica poate de ce un bolnav face turburări psihice de un anumit tip: confuzie mintală agitată sau cu stupoare, ori cu aspect de demenţă precoce, dar apariţia pelagrei nu ţine la constituţie în general, ci la individ în special.,

Aşa se explică dece din cei ce duc acelaş fel de viaţă numai unii fac pelagră. Unii, mai activi, îşi procură o alimentaţie mai bună, alţii cerşesc sau fură, dar la cei sleiţi de puteri sau puşi în imposibilitate de a munci din cauza altor boli asociate, la aceştia pelagra apare, progresează şi ei se sting, mor.

Cazurile mai sus descrise vin să arate cât de complexi sunt factorii care întreţin în general pelagra.

Pelagra în mediu de oraş (obs. I-a), unde se mănâncă pâine nu e o raritate. *D. dr. Gh. G. Constantinescu* (loc. cit.) publică o statistică cu 42 cazuri pentru Municipiul Bucureşti.

Absenţa **pelagrei la cei ce mănâncă** pâine ţine nu numai la faptul că aceştia îşi permit să mănânce şi altceva pe lângă pâine dar şi la faptul că *panificaţia se face cu aluat sau cu drojdie de bere, fermenţi care conţin factorul antipelagros P. P.*

Dealtfel, valoarea în P. P. a făinii de grâu ca şi porumb, de orez sau ovăz, este nulă, după *W. H. Sebrell* (cit. *L. Justin Besançon*[1]) *I. Niţulescu*[2]) crede că proprietăţile antipelagrogene ale pâinii se datoresc *digestibilităţii mai bune* faţă de mămăliga.

In ceeace mă priveşte, din judecarea faptelor, cred *că proprietăţile antipelagrogene ale pâinii,* — de altfel minime, căci am văzut cazuri unde pâinea n'a împiedecat apariţia pelagrei, — acestea *sunt datorite panificaţiei, fermenţilor, levurei de bere.*

Intrebuinţarea pâinii este *simbolul* unei stări sociale bune.

Alcoolismul nu intervine decât în măsura în care dă leziuni ale tubului digestiv, a glandelor anexe, ficat, în special şi a întregei economii. Cei dela ţară mănâncă prost şi beau mult, cei dela oraşe mănâncă relativ bine deşi beau mult şi în plus, nu toţi alcoolicii fac pelagră.

D-l *Dr. Claudian* (Loc. cit. pag. 129), acuză «hibrizii» ca producători ai alcoolismului, deci şi a pelagrei. Nu pot fi de aceeaşi părere cu d-sa. Adică cei cari beau vinuri de bună calitate, scumpe, şampanie, etc. aceştia nu devin alcoolici? Sunt şi devin alcoolici, toţi cei ce beau abuziv ţuică, sau vinuri, fie de rea, fie de bună calitate.

E drept că vinurile proaste sunt mai ieftine şi cele bune mai scumpe, iar produsele hibrizilor fac concurenţă produselor viilor altoite, dar ţăranii din anumite regiuni de dealuri, în apropiere de munte, unde populaţia e deasă, proprietatea agricolă mică, pământul neproductiv, (multe râpe, piscuri) — oamenii cultivă puţine cereale şi mulţi pruni şi hibrizi, ceeace creşte pe acolo, — şi în felul acesta îşi produc venituri — pe cari nu le pot avea altfel. Poate, distrugând prunii sau hibrizii nu vom mai avea alcoolism, dar pelagra tot nu va dispărea cât timp starea economică nu se va îmbunătăţi. Aceasta este însă o problemă de stat.

Insuficienţa hepatică de orice na-

G. Mouriquand, M. Dauvergne et M-me V. Edel. Recherches biochimiques. Sur les entéropathies par carence.

Presse Médicale No. 64—1939 page 1229, vezi şi:

G. Mouriquand. Carence alimentaire, carence digestive et carence nutritive Presse Médicale No. 7 Nov. 1925.

G. Mouriquand. Les fa teurs de révelation dans les dystrophies inapparents. Presse Méd. 7 Mart. 1934.

G. Mouriquand. Le phénomène de refus dans les dystrophies irréversibles. Presse Médicale 3 Oct. 1939.

1) *Dr. Gh. G. Constantinescu.* Buletinul Spitalului de Boli nervo.. şi mintale din Cernăuţi, No. 2 an. II/1939. — Pelagra în Ţinutul Suceava—pag. 4°.

2) *P. Carnot et H. Gaehlinger.* La pathologie digestive en 1939 Paris Médical 1939 pt. 2°5.

1) *L. Justin Besançon.* Vitamine P. P. Presse Médieale 1939 pag. 342.

2) Docent *Dr. Iuliu Nitzulescu.* Profilaxia şi tratamentul pelagrei României. Medicală No. 4 — 15 Febr. 1939.

tură îngreuiază transformarea provitaminelor în vitamine.

Intr'un caz de avitaminoză A, publicat în colaborarea *Prof. Dr. Gh. Marinescu, Dr. Kreindler, Dr. Neştianu* şi *Aramă*[1]) prin administrare de vitamină A. (Amunină Byla) am reuşit să topim în 5 — 6 zile plăcile de Xerosis, deşi cu un regim bogat în caroten (provitamina A) n'am obţinut asemenea rezultat. Mecanismul transformărei provitaminei A în vitamina A ne scapă, precum ne scapă şi explicaţia faptului că insuficienţa hepatică poate da avitaminoze diferite. In mecanismul bio-hormonal, vitamino-endocrinian şi neuro-vegetativ se petrec fenomene complexe. *L. Justin Besançon, A. Lwoff, A. Guerido* şi *M. Inbona*[2]), practicând 30 dosagii de nicotinamidemie în stări patologice diverse, au observat o scădere a cifrei normale (70—90 mg.) la 7 bolnavi: 1 icter grav cu ciroză, 3 sindrome anemice, 1 polinevrită alcoolică şi două scorbut frust, — dintre care unul asociat cu t. b. c. pulmonară. Această scădere a nicotinamidemiei în icterul grav cu ciroză, ne arată că ficatul intervine cert în elaborarea acidului nicotinic şi amidei nicotinice şi că insuficienţa hepatică, jenează această elaborare.

Noel Fieessinger, M. Albeaux-Fernet, André Lwoff et *Andrés Guérédo*, au găsit deasemenea o cifră scăzută a nicotinamidemiei în insuf. hepatice (icter grav cu ciroză).

In cazul de mai sus *(Obs. I)* deşi de o stare socială bună, alcoolismul cu consecinţele lui asupra ficatului şi tubului digestiv au determinat mai întâi o carenţă alimentară prin aport (avea dar nu mânca suficient) şi în al doilea rând o carenţă digestivă. De altfel la acest bolnav şi rinichiul şi întreg aparatul circulator erau în stare anormală (hematurie, cilindrurie, hipertensiune) ceeace probează că întreaga economie era în stare de inferioritate.

Suprimându-i alcoolul, dându-i un regim antipelagrogen, tratându-i insuficienţa hepatică, nefrita hipertensivă, polinevrita, bolnavul s'a ameliorat mult.

Pelagra în mediul rural se întâlneşte la indivizi cu stare socială bună *(caz. II)* sau la săraci *(caz. III)*. In *cazul II* alcoolismul a determinat şi turburări hepato-digestive şi hipertensiune arterială şi hemoragie cerebrală cu hemiplegia notată. Pelagra în acest caz se raportează mai puţin la o carenţă alimentară de aport (bea mai mult decât mânca) dar, *mai ales* la o carenţă digestivă.

In faţa unei leziuni definitive este greu de sperat într'o vindecare. Eritemul pelagros s'a repetat ani de-a rândul, traducând o stare de carenţă, care devenea aparentă în momentul când razele soarelui primăverii o puneau în evidenţă.

Suprimarea alcoolului n'a fost posibilă, i s'a redus forţat iar turburările carenţiale au persistat.

In *cazul III* avem de-a face cu o carenţă prin aport alimentar, din cauza sărăciei peste care s'a adăogat o insuficienţă hepatică în cursul unei malarii urmate de icter, după care bolnavul a făcut şi pelagră şi reumatismul vertebral.

Nu ştiu măsura în care pelagra sau, carenţele multiple la care a fost supus bolnavul a influenţat apariţia reumatismului vertebral, dar e probabil că aceste carenţe au intervenit în mare măsură.

Experimental, *Mouriquand* (loc. cit.) adăogând la un regim scorbutigen o doză de ½ mm gr. acid ascorbic (avitaminoză C. parţială=hipovitaminoză C) a obţinut după 80—100 zile un sindrom de tip reumatism cronic cu leziuni de osteoză şi periostoză. In cazul nostru, cu un aport alimentar suficient, o raţie alimentară echilibrată din punct de vedere al vitaminelor, e probabil să se oprească evoluţia pelagrei, cum am observat în serviciu. In ceeace priveşte reumatismul vertebral, pentru care s'a făcut radioterapie, e probabil ca el să nu mai evolueze.

Din studiul acestor trei cazuri rezultă că fiecare are particularităţile lui, că *un factor individual intervine în apariţia pelagrei în mod diferit la unul faţă de celălalt.*

Este nevoie deci ca un pelagros să fie bine studiat din punct de vedere al punctului de plecare al carenţei *(Mouriquand)* carenţă alimentară, carenţă digestivă sau nutritivă şi apoi de apreciat în ce măsură turburările pot fi reversibile, deci de a putea interveni precoce, în stadiul când ele n'au devenit ireversibile.

Căutând a interpreta din acest punct de vedere statistica d-lui *Dr. Gh. C. Constantinescu* (loc. cit.) care dă din 1959 pelagroşi 624 morţi, adică 31%, apare clar că fenomenele au devenit *ireversibile* la un număr foarte mare de bolnavi şi cu toate îngrijirile date în spital, deci, unde nu poate fi mămăligă, de alcool, etc. aceşti bolnavi au murit. Lesiunile gastro-intestinale găsite de *V.* şi *A. Babeş* în pelagră, lesiunile sistemului nervos descrise de *V. Babeş* şi *V. Sion* ne arată cât de greu putem concepe o «restitutio ad integrum» când lesiunile sunt într'un stadiu înaintat de gravitate. *Stube* şi *Marinescu*[1]) admit că lesiunile cutante în pelagră depind de atingerea mesocefelului.

Deasemeni, judecând din acelaş punct de vedere rezultatele mai puţin bune obţinute de d. *Dr. Gruia Ionescu* şi colaboratorii (loc. cit.) cu acidul nicotinic reese că ar fi în raport cu gravitatea leziunilor produse de această pluricarenţă, cu greoaia lor reversibilitate.

E iluzoriu a spune că s'a rezolvat problema pelagrei cu acidul nicotinic sau amida nicotinică, dacă după vindecare bolnavul este lăsat în acelaş mediu şi sub influenţa aceloraşi factori cari au contribuit la producerea bolii.

E inutil să dai acid nicotinic unui pelagros care nu are ce mânca, sau să dai o alimentaţie bogată în provitamine într'un caz de insuficienţă hepatică, de ex. care nu le poate transforma în vitamine, caz, unde vitaminoterapia *per os* sau *parenteral* îşi are indicaţii formale.

De altfel autorii americani cari anunţă *dramatice şi spectaculoase ameliorări* după acid nicotinic *T. D. Spies, V. B. Bean* şi *R. E. Stone* (cit. *Justin Besançon*[1]) ne spun că ceeace se influenţează rapid sunt turburările gastro-intestinale, eritemul pălеşte, iar dermatita propriu zisă, cedează mai greu, dar, *în special vindecă stomatita.*

Iată, de ce e nevoie să se studieze la fiecare bolnav felul lui de viaţă, mediul, gradul de sărăcie cu tot cortejul ei de nenorociri, boli, lipsă de hrană, de îmbrăcăminte, de locuinţă higienică, etc. Din acest punct de vedere e important de comentat din lucrarea d-lui *Dr. Gh. C. Constantinescu* (loc. cit.) faptul că din 1959 bolnavi,— 1903, adică 97% sunt *ortodoxi*, — 38, adică 2% de alte rituri creştine, 5, adică 0.2% *mozaici*, cifre foarte eloquente, care arată că *sărăcia e de partea ortodoxilor*, cari sunt în majoritate *agricultori şi muncitori.*

Pornind dela constatarea că pelagroşii fac gastrită cronică cu perturbaţii intestinale, adevărate colite prin fermentaţie, cu mare aciditate ionică-intestinală ph. 6 *(A. Slătineanu, I. Bălteanu, M. Sibi* şi *R. Lévit* (C. R. Soc. Biol 1937, p. 392 cit. *Carnot* loc. cit.) conchid că trebue să se evite excesul de glucide şi să se introducă în regim protide şi lipide, adică: lapte, unt, carne, alimente pe cari cei în si-

1) *Prof. Dr. Gh. Marinescu, Dr. Kreindler, Dr. Neştianu, Dr. Aramă et I. Lupulescu.* Etude clinique chronaxique et bioclinique d'un cas d'avitaminose A. (Syndrome de Bitot, ictère et hépato-splénomégalie) Presse Méd. No. 103 – 1937 pag. 1867.

2) *L. Justin Besançon, A. Lwoff, A. Guerido et I. M. Inbona.* Etude sur le taux de l'amide nicotinique dans le sang à l'état pathologique Soc. Méd. des Hôp. Paris, séance du 3) Juin 193), Presse méd. 1939, No. 55 pag. 1109.

3) *Noël Fiessinger, M. Albeaux-Fernet, André Lwoff et Andrès Guèrédo.* La nicotinamidémie au cours des grandes insuffisance hépatiques. Soc. Méd. des Hôp. Paris. Séance du 3) Juin 1939. Presse méd. 939 No. 55. pag. 1109.

1) *Gh. Marinescu.* Despre rolul vitaminelor. Memoriile Academiei Romane, seria III-a Tom. X. mem. 3 1934.

2) *L. Justin Besançon.* Vitamine P. P. Le role metabolique de l'amide nicotinique Presse Médicale 1939 No. 18 pag. 341.

tuaţia de a nu mânca decât mămăligă, nu au de unde şi cum să le procure.

Studiul *factorului individual pelagrogen*, care se adresează în special punctului de plecare al carenţii şi particularităţilor cazului, condiţiilor de mediu, stării sociale, viciilor, bolilor etc., ajută atât medicului de a ordona cât şi bolnavului de a urma *un tratament raţional*, regim alimentar echilibrat în vitamine; tratamentul insuficienţelor şi deficienţelor organelor de digestie şi de asimilare, — ficat în special (injecţii de extracte hepatice, vitamina C. etc.) şi tratamentul nevritelor şi turburărilor psihice (vitamina Bi, acid nicotinic etc.); — tratamentul bolilor asociate; — instruirea şi educarea bolnavului în scopul de a duce o viaţă igienică, în aer şi lumină, cu regim alimentar complect, ferindu-se de toxice de orice fel, etc. pentru a nu recădea pradă acelorași cauze cari i-au produs boala.

CONCLUZIUNI

Din literatura consultată şi din studiul observaţiilor clinice de mai sus expuse, reiese o serie de concluziuni, cari, în parte, înlătură sau întăresc ipoteze şi teorii şi în plus *impun o atitudine ştiinţifică* în tratamentul pelagrei.

1) Pelagra, maladie pluricarenţială, nu se întâlneşte numai la oamenii cari mănâncă mămăligă;

2) Mămăliga este o alimentaţie arhaică *(Claudian)* şi simbolul sărăciei crunte, care duce la denutriţie când se întrebuinţează singură. Cine adaugă mămăligii, carne, unt, lapte, ouă, nu face pelagră.

3) Pâinea este simbolul bogăţiei, iar proprietăţile ei antipelogrogene se datoresc, *în parte*, panificaţiei, fermenţilor aluatului, singurul care conţine vitamina P. P. *(Dr. Lupulescu)* şi *în totul*, faptului că cei bogaţi au o alimentaţie complectă, echilibrată.

Deci nu vom zice ca toţi de până acum: mai multă pâine, în înţelesul propriu al cuvântului, îndepărtând din alimentaţie mămăliga, ci vom zice: *mai mult lapte, unt şi mai multă carne;*

4) Alcoolismul nu intervine în geneza pelagrei decât în măsura în care dă leziuni ale tubului digestiv, ale ficatului, în special, — ale economiei întregi, în general. Dacă pelagra se întâlneşte mai mult la ţară e că cei săraci beau şi nu au ce mânca, cei dela oraş pot să şi bea, să şi mănânce. Nu toţi alcoolicii fac pelagră;

5) Pelagra este în plus şi o maladie sezonieră, aparent sezonieră. Carenţa solară contribue şi ea pe lângă ceilalţi factori carenţiali la producerea ei. Pielea pierde proprietăţile ei de acomodare şi sub acţiunea soarelui puternic de primăvară, eritemul apare, pelagra devine aparentă;

6) Pentru a face tratamentul raţional al pelagrei trebue mai întâi a face studiul *factorului individual pelagrogen*, care se adresează în special punctului de plecare al carenţei şi particularităţilor cazului: carenţe alimentare de aport, carenţe digestive, carenţe nutritive *(Mouriquand)* precum şi condiţiilor de mediu, de stare socială, viciilor, bolilor asociate, etc., iar *pronosticul depinde de stadiul de evoluţie al boalei şi anume dacă fenomenele sunt reversibile sau nu.*

Un tratament raţional va trebui să constea într'un *regim alimentar* echilibrat în vitamine; *în tratarea insuficienţelor* şi deficienţelor organelor digestive şi de asimilare, — ficat, în special (injecţii de extracte hepatice, vitamină C. etc.); *tratamentul anemiei* (arsenic, extracte hepatice); *tratamentul nevritelor şi turburărilor psihice* (vitamina Bi.—acid nicotinic şi alte metode de specialitate; tratamentul bolilor asociate; instruirea şi educarea bolnavului în scopul de a duce o viaţă higienică, în aer şi lumină, cu regim alimentar, complect, ferindu-se de toxice de orice fel etc., pentru a nu recădea pradă acelorași cauze cari i-au produs boala.

7) Ridicarea stării economice este o problemă ce depăşeşte puterile mediului, e o problemă de stat, dar pentru rezolvarea ei, e bine să se ţină seamă şi de observaţiile ştiinţifice aduse de medici.

Vaccinul antistreptobacilar „Nicolau-Banciu" în tratamentul şancrului simplu şi al complicaţiunilor sale

Tratamentul actual al şancrului simplu prin vacinoterapie, constitue un progres în terapeutica antişancreloasă, deoarece scurtează durata boalei şi ajută la vindecarea complicaţiunilor acestei infecţiuni venerice, evitând intervenţiunile chirurgicale. De aci rezultă un însemnat beneficiu, deoarece cheltuelile de îngrijire sunt mai mici iar munca obişnuită a celor cu şancru simplu poate continua fără întrerupere.

In vacinoterapia specifică, care utilizează numai proprietăţile antigenice ale microbilor homologi introduşi în organismul bolnavilor, vaccinul «Nicolau-Banciu» ocupă o situaţie principală, căci el nu acţionează prin piretoterapie nici prin şoc proteinic ci numai prin intervenţia factorului specific din vaccin.

Acţiunea acestui vaccin a cărui administrare este foarte bine tolerată şi nu prevede contra-indicaţiuni, se exercită atât asupra şancrului cât şi asupra complicaţiunilor sale.

In leziunile şancroase, rezultatele sunt cu atât mai rapide cu cât şancrul este mai recent şi de dimensiuni mai mici, dar s'au putut vedea şi şancre profund ulcerate şi cu aspect fagedenic care s'au cicatrizat foarte repede. *(Prof. Nicolau şi Dr. Banciu).*

In ce priveşte complicaţiunile şancrului simplu, sunt interesante cercetările făcute sub direcţiunea regretatului dr. *Banciu*, cercetări care fac obiectul tezei dr. *Petriceanu* şi care se referă la tratamentul adenitelor şancroase cu vaccin «Nicolau-Banciu».

După aceste cercetări, procentul de vindecare obţinut a fost de 82%.

Vacinoterapia va fi aplicată pe cât posibil înainte de supuraţia adenitei, având în vedere că în cazurile cu adenită incipientă, nesuprată, procentul de vindecare este mult mai mare (94%) de cât în cazurile cu adenită supurată în întregime ori în parte (53%).

In acest ultim caz este necesară şi punctia repetată a bubonului. Dar chiar şi în cazurile de adenită supurată care nu reacţionează favorabil şi care necesită incizionarea, se observă o tendinţă netă şi rapidă de cicatrizare, evitându-se astfel şancrizarea marginelor leziunei şi nevoia altor tratamente.

Aceleaşi bune rezultate se obţin cu vacinul Nicolau-Banciu şi în buboanele ulcerate şi şancrizate.

In adenita şancroasă incipientă, 2—8 injecţiuni sunt suficiente pentru vindecare, febra şi fenomenele locale dureroase dispărând în majoritatea cazurilor după 1—2 injecţiuni.

De sigur există şi alte tratamente de ordin general ale adenitelor şancroase, însă nici unul dintre acestea nu atinge procentul de vindecare dat de vaccinul Nicolau-Banciu şi apoi nu toate aceste procedee de ordin nespecific sunt bine tolerate. Aşa de exemplu, autohemoterapia dacă nu dă fenomene generale nici locale, în schimb acţiunea sa este destul de slabă, procentul de vindecare netrecând de 33%.

Proteinoterapia cu ajutorul injecţiunilor de lapte pe cale intramusculară, dă dureri locale moderate şi febră 40° — 41°, procentul de vindecare atingând abia cifra de 42%.

Tratamentul nespecific cu sporovaccin, dă dureri locale mari, febră 40° — 41°, greţuri, vărsături etc., efectul său curativ netrecând de 65%.

Aceleaşi dureri vii locale şi febră de 40°—41° le dă şi injecţiunile cu vaccin T. A. B. precum şi seroterapia lui Reenstierna.

Din aceste cercetări comparative, avantagiile vaccinului Nicolau-Banciu, care este bine tolerat din punct de vedere local şi general şi al cărui procent de vindecare trece de 80% — reese dela sine.

Invăţământul obstetrical la Facultatea de Medicină din Bucureşti

de Profesor C. DANIEL

Prin efectul legii de raţionalizare din 1938 — care a contopit catedra de clinică gynecologică cu fostele două catedre de clinica I şi II obstetricala — m'am găsit, cu începerea anului şcolar 1939—40, în obligaţia de a organiza învăţământul obstetrical la Institutul «Maternitatea».

Pentru a da o suficientă dezvoltare clinicei obstetricale — pe care am considerat-o ca o disciplină fundamentală în starea actuală a organizăriii studiilor medicale la noi[1]) — a trebuit deocamdată, constrâns de programul de cursuri existent, să reduc o parte din materia gynecologiei, care formează o specialitate secundară ce se poate complecta şi mai târziu la cursuri de perfecţionare.

Graţie largei înţelegeri a autorităţilor — Ministerul Educaţiei Naţionale, Facultatea de Medicină, Eforia Spitalelor Civile — pentru a asigura o unitate în predarea armonioasă a materiei, mi s'a încredinţat şi conducerea efectivă a Institutului «Maternitatea» dela Spitalul Filantropia. S'a stabilit astfel ca clinica obstetricală şi gynecologică să funcţioneze cu 2 diviziuni, în două localuri distincte:

1) *Invăţământul gynecologic* (cursuri, demonstraţiuni, operaţiuni, cursuri de perfecţionare) va continua, ca şi în trecut, să fie predat cu ajutorul vechiului personal didactic la Spitalul Colţea, care devine sediul *Diviziei Gynecologice* a Clinicii.

2) *Invăţământul obstetrical pur* (cursuri, stagiul obstetrical al studenţilor, etc.) va fi predat, cu colaborarea corpului didactic al fostelor clinici obstetricale, la Spitalul Filantropia, în Institutul Maternitatea, care devine sediul *Diviziei Obstetricale* a Clinicii obstetricale şi gynecologice.

Găsesc necesar să rezum modul cum am înţeles să organizez învăţământul obstetrical şi să conduc divizia obstetricală în cadrul catedrei actuale ce ocup.

Nu-mi ascund însă părerea că, — faţă de desvoltarea excepţională a gynecologiei în ultimii ani, cu toate studiile experimentale, anatomo-patologice, sociale, ca: lupta contra cancerului, etc., cari au mărit considerabil domeniul acestei specialităţi, — se impune scindarea catedrei ce ocup, în gynecologie şi obstetrică.

Sunt adânc convins, pe baza unei experienţe personale de aproape 30 de ani, că spiritualitatea «mamoşului» nu trebue deloc dirijată către chirurgie, care în afară de partea sa clinică deosebită comportă preocupaţiuni şi un manual operator ce n'are nimic comun cu obstetrica.

Din contra, obstetrica trebue să rămână ce a fost întotdeauna: *ramura medicinii care se ocupă cu naşterile.*

Iar obstetricianul să-şi perfecţioneze îndemânarea în aşa fel, ca prin diferite abilităţi, dexterităţi, procedee pur obstetricale — numite *manevre obsterricale* — să facă faţă majorităţii cazurilor de distocie, ca în orice circumstanţă să poată sa salveze viaţa mamei şi a produsului de concepţie. Problema mamei şi a copilului, a sterilităţii şi natalităţii şi atatea alte chestiuni sociale de protecţie a femeii, formează un considerabil bagaj de studii pentru ei.

A îndepărta pe obstetrician de scopul său natural, a-l «chirurgicaliza» pe motivul că la 2—3000 de faceri ar putea să aibe de practicat câteva operaţiuni cezariene, ar fi o greşeală, căci în felul acesta el nu ar putea rămâne un bun obstetrician şi nici deveni un bun operator.

In cazurile excepţionale, când va fi absolută nevoe de intervenţia chirurgicală (operaţiuni cesariene, hysterectomie), cred preferabil ca manualul operatoriu să fie efectuat de preferinţă de un chirurg de carieră, cu tot avântul technicei obstetricale moderne.

Numai lucrând în acest spirit, educând corpul nostru medical cu principiile fundamentale, cu regulele care stau la baza *conduitei de ţinut* în: *Eutocie*, ca şi în majoritatea cazurilor de *Dystocie*, în *Obstetrica normală*, şi în *Obstetrica patologică* (de origină maternală, fetală sau ovulară), stabilind în felul acesta un adevărat Cod obstetrical — *în care fiecare să ştie ce trebue şi ce nu trebue să facă*, la o gestantă sau la o parturientă, vom împiedica rătăcirile culpabile, cari pot degrada nobila noastră profesiune şi pune pe medic în conflict cu societatea.

Astfel s'a procedat în Franţa acum 40 de ani, când s'a creat admirabila falangă de accoucheurs des hôpitaux», care onorează obstetrica franceză.

Tot aşa, la noi, unde lipsim de obstetricieni de carieră, de elemente disciplinate şi antrenate — atât de necesare mediului nostru rural în acest moment de desvoltare al vieţii noastre naţionale — sunt de părere să se păşească în mod rapid şi sigur spre formarea unui suficient număr de obstetricieni pentru nevoile ţării.

Numai inculcând medicilor, studenţilor, moaşelor, principii sănătoase de obstetrică jurnalieră, interzicând orice contact manual inutil cu căile genitale în timpul naşterii, proscriind *trista practică de revizuirea sistematică a cavităţei uterine* după naşterea normală, vom putea atinge scopul ce urmărim de a creia un corp de obstetriciani conscienţi de misiunea lor.

«Hände weg» al Şcoalei germane, principiu universal aplicat în toate ţările civilizate, trebue să rămână o lege obstetricală inviolabilă.

* * *

Nu este locul să reiau aci chestiunea organizării serviciilor obstetricale, care a făcut obiectul unui studiu detailat în Tomul II al lucrării mele: *Traité du Post-Partum* (A. Maloine, Paris, 1912). Lectorul consultând această publicaţie, va fi desigur surprins să constate cât de actuale sunt ideile ce expuneam acum 28 de ani.

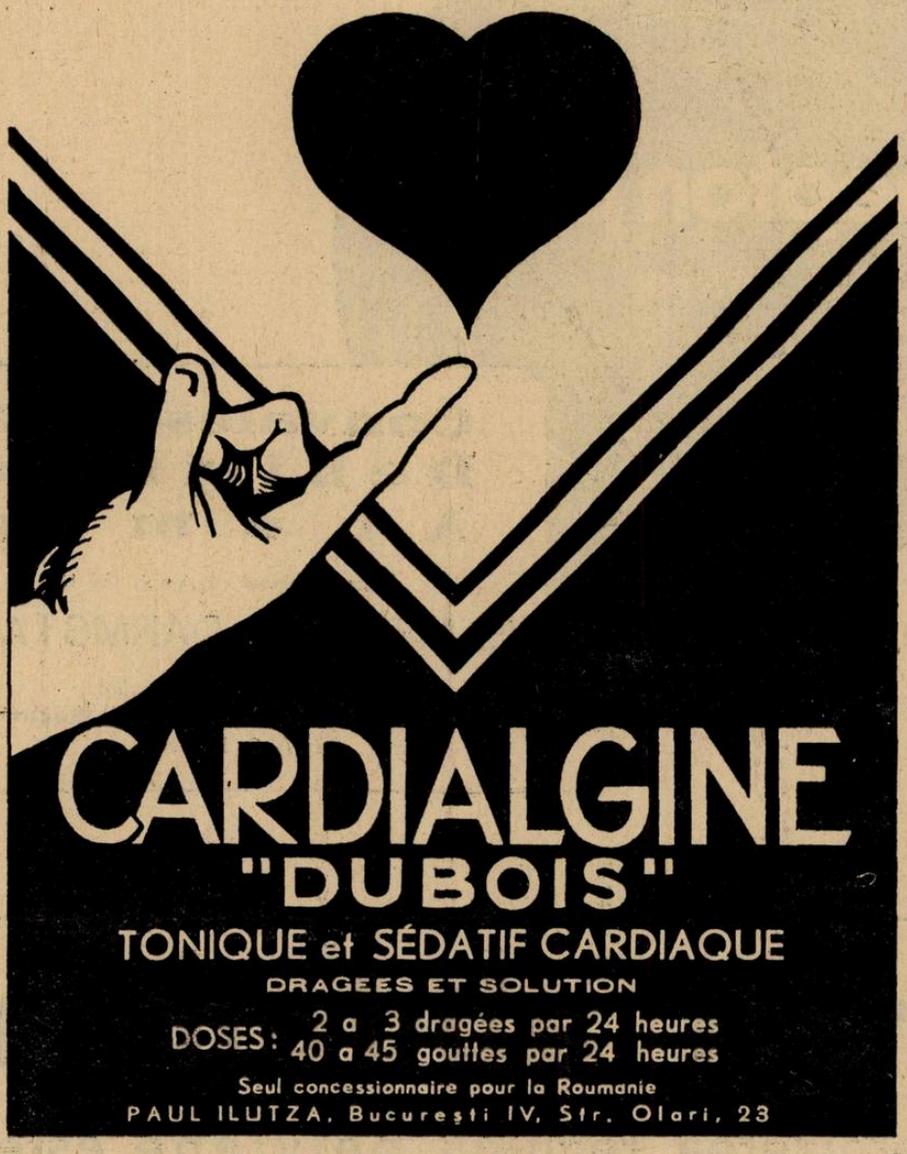
Având norocul să funcţionez ca intern al Spitalelor din Paris, pe lângă cei mai iluştri maeştri chirurgi, gynecologi şi obstetricieni din epoca studiilor mele, cu numele de: Champetier de Ribes, Pinard, Varnier, Pozzi, Richelot, J. L. Faure, Tuffier, etc. — încă de atunci, în contactul acestor mari personalităţi, mi-am schiţat o concepţiune despre cea mai corectă organizare a Maternităţilor, inspirându-mă de principiile de chirurgie aseptică stabilite de Felix Terrier, al cărui discipol am fost. (1).

Cu toate progresele realizate în ultimii 30 de ani, în domeniul dezinfecţiunii, nu trebue să ascundem că infecţiunea puerperală face încă dezastre atât în spitalele noastre, cât şi în clientela privată.

Naşterea fiind un act fisiologic, datoria medicului, a moaşei, faţă de parturientă este de a o feri de infecţia care o pândeşte. Enorma poartă de intrare, formată de *plaga uterină* rămasă după expulzarea ouluı, trebuie ferită de contactul cu germenii patogeni din afară. Ideile pe care le susţin de mult şi pe care le-am condensat în publicaţia mea: *L'infection puerpérale* (A. Maloine, Paris, 1914), că infecţiunile obstetricale nu constitue o entitate patologică, ci o simplă complicaţiune a plăgilor genitale ale parturientelor, analoge cu infecţiunile comune ale plăgilor în general (accidentale, operatorii, de război),

1) *C. Daniel.* Contribuţiuni la reforma studiilor medicale în România (România Medicală, 1936). Academia de Medicină 1937.

1) *C. Daniel.* Souvenirs sur Felix Terrier. Le chirurgien et l'homme. Omagiu cu ocasiunea centenarului naşterei sale (Masson, 1937—Paris).



COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Domnii Medici găsesc la dispoziţia D-lor, mostre gratuite la cerere.

Convalescenţă
Debilitate
Anemie

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanţa generală :
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu. Bucureşti I,
Str. T. G. Masaryk 32

Dureri abdominale

Iperemizarea regiunii pelviene este un tratament clasic al durerilor abdominale.

ANTIPHLOGISTINE

prin desvoltarea unei călduri umede uniforme, sub acţiunea proprietăţilor sale antiseptice şi sinergetice, aduce o îmbelşugată transudaţie seroasă. Pentru revulsie şi susţinerea ei este un excelent medicament în tratamentul durerilor abdominale.

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEW-YORK. U. S. A.

Depozit permanent : „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Ionică No. 8.

m'au condus în mod natural să recomand în Maternităţi, observarea principiilor fundamentale pe care ni le-au impus chirurgii, care au reuşit să extermine infecţiunile operatorii din serviciile chirurgicale.

In lecţiunile mele dela Spitalul Colţea, din toamna acestui an şcolar, am arătat cât de necesar este ca obstetricianii să-şi organizeze Maternităţile după modelul serviciilor de chirurgie, şi anume separarea absolută a *septicilor de aseptici*. De aci, se impune o regulă esenţială de împărţirea serviciilor în 3 secţii: a) *aseptică*, b) *septică*, c) *suspectelor* de infecţiune, cu local, personal şi material separat.

1) **Secţia aseptică** va cuprinde femeile intrate în saloanele de *gravide normale* şi în saloanele de *gravide patologice* (dystocii, sarcina patologică, pathologia sarcinii). Asemenea, saloanele de leuze apiretice.

Un întreg compartiment va fi rezervat grupului terapeutic: *sala de travaliu aseptică, sala de manevre obstetricale, sala de operaţiuni obstetricale, sala de pansamente aseptice*. In fine, *sala de sterilizare* şi *centrul de transfuziune*.

2) **Secţia septică**, absolut izolată de cea precedentă, cu local, băi, intrări, personal şi material separat, va spitaliza: 1) *gravidele infectate* (prezentări vicioase febrile cu lichidul amniotic scurs; retenţiunile de fetus mort şi de placente infectate); 2) *infecţiunile obstetricale* declarate *locale* (endometrite, supuraţiuni pelviene, avorturi septice); 3) *Flebite*; 4) *Infecţiuni mamare*; 5) *Infecţiuni puerperale generale* (septicemii şi peritonite post-partum şi post-abortum); 6) *Tuberculoza pulmonară* în evoluţie la puerperale.

Un grup terapeutic la parter cu două săli de naşteri, două săli de operaţiune cu săli de pansamente, etc. deserveşte această secţiune.

3) In **Secţia suspectelor de infecţiune**, instalată deasemenea într'un local separat de Maternitatea aseptică), sunt puse în observaţiune puerperalele, din secţiuni sau din afară, ameninţate de infecţiune: 1) *gravidele cu lichidul amniotic scurs*; 2) *subfebrilele*; 3) *dystocice subfebrile* cu intervenţiuni practicate în oraş; 4) *parturiente cu retenţiuni placentare*; 5) *avorturi dubioase*.

4) A 4-a importantă secţiune o formează **consultaţiunile externe**, cuprinzând trei împărţiri: 1) *aseptic*, pentru gravide şi leuze afebrile; 2) *septic* pentru infectate şi avorturi; 3) *grupul terapeutic* pentru consultaţiuni şi tratamente gynecologice, urologice, rectoscopie, la puerperale.

In această secţiune se face triajul cazurilor patologice de cele normale, se dau consultaţiuni şi tratamente prenatale, se dirijează mersul normal al sarcinii la femeile din oraş, cari n'au nevoie de a fi spitalizate, se face examenul sistematic al urinii, secreţiunilor şi sângelui.

Aci se dau consultaţiuni de puericultură şi se fac tratamente noilor născuţi în Maternitate.

Intr'un articol ulterior, voi trece în revistă principalele anexe: laboratorul, centrul de transfuziune sanguină, radiologia, etc., cari trebue să facă parte integrantă din organizarea modernă a Maternităţilor. Cu aceeaşi ocaziune voi arăta funcţionarea serviciilor şi organizarea detailiată a învăţământului obstetrical.

Scoala de moaşe

Osebit de şcoala de moaşe rurale, care nu este sub dependinţa catedrei mele, *o Şcoală de moaşe urbane* funcţionează pe lângă Institutul «Maternitatea», iar răspunderea învăţământului o are directorul clinicii.

Instrucţiunea solidă a moaşelor mi se pare azi de o importanţă capitală, din punctul de vedere al medicinii sociale. In toate ţările, moaşele sunt colaboratoarele noastre indispensabile în spitale, iar în mediul rural ele au o activitate de o extremă importanţă, fiind aproape singurul element competent în faţa parturientelor.

De aceea voi veghea ca instrucţia moaşelor, în viitor, să se facă după un program cuprinzând *regulele fundamentale ale practicei obstetricale*, care vor trebui aplicate în majoritatea cazurilor. Vom da moaşelor un număr de cunoştinţe minime cu care să facă faţă principalelor nevoi ce se prezintă, atrăgându-le în acelaş timp atenţiunea asupra practicilor ce nu trebue să se facă şi care sunt absolut interzise.

REVISTA CARŢILOR

Profesor Dr. Titu Vasiliu: Manual de Anatomie Patologică Clinică.—1939. Ed. Universităţii «Regele Ferdinand I», Cluj. — 954 pag. 951 figuri în negru; tablouri.

Deşi o şcoală română de anatomie patologică există graţie lui Victor Babeş, încă de acum o jumătate de secol, deşi patologiştii s'au manifestat înainte şi în afară de această şcoală, lipsa manualelor, a publicaţiilor de întindere şi perspective mai vaste, era mult resimţită. In afară de Cursul Profesorului Victor Babeş, — primul volum publicat în 1921 graţie râvnei depuse de dr. Marius Georgescu, — acest fundamental domeniu al literaturii medicale rămăsese cu totul liber.

Manualul d-lui profesor Titu Vasiliu vine să împlinească acest mare gol. Pentru studenţi, pentru medici, pentru specialişti, «manualul» aduce informaţii foarte întinse, un material personal vast, metodic clasat.

Aci intervine dela început, originalitatea împărţirei. In afară de trei capitole de Anatomie patologică generală: procesele circulatorii, degenerative şi inflamatorii, alte nouă capitole grupează leziunile speciale după tipuri de boli, aşa că viitorul manual românesc de boli interne îşi are scrisă de pe acum toată partea de anatomie patologică. In acest mod, sunt clar evidenţiate atât interesul general ce prezintă studiul morfo-patologiei, cât şi datele problemei aşa cum patologistul le ia dela clinician.

Materialul şi observaţiile originale, adunate de autor în cursul a peste douăzeci de ani, îşi găsesc aci o fericită şi largă întrebuinţare. Mai mult, sunt adeseori folosite observaţii provenite din diferitele clinici ale Universităţii din Cluj. Aceasta pune în valoare activitatea şcoalei clujene, care a ştiut să afirme cu atât prestigiu prin iluştrii săi reprezentanţi, importanţa şi originalitatea ştiinţei române, ca şi primatul învăţământului nostru medical.

In afară de o particulară valoare ştiinţifică şi documentară, manualul d-lui profesor Vasiliu are şi o deosebită valoare educativă generală. Un capitol de istorie la început şi mici date biografice sau informative presărate în cursul expunerii, ajută la nevoe cititorului să localizeze mai bine persoane, opere şi idei fecunde în acest larg şi străvechi domeniu al Anatomiei Patologice.

Dată fiind întinderea şi bogăţia materialului, expunerea este silită să fie rezumativă pe alocuri, ceeace însă tinde la educarea atenţiei şi tinde să stimuleze nevoia informaţiilor complementare.

Celor ce conduc editura Universităţii din Cluj, li se cuvine recunoştinţa publicului medical român pentru condiţiile tecnice excelente ale tiparului, hârtiei, abundenţei iconografiei, şi mult mai mult d-lui profesor dr. Titu Vasiliu pentru strădania depusă, ca şi pentru valoarea realizării acestui prim manual românesc de Anatomie Patologică.

Prof. E. CRĂCIUN

PROBLEME SANITARE

ORIENTĂRI ŞI DESORIENTĂRI

de Dr. I. BORDEA

II. Medicul rural şi menirea lui.

In nici o direcţie solidaritatea socială nu trebue să se exercite în mod mai vădit, ca în materie sanitară, a spus Monod. Şi dacă răscolim cele mai îndepărtate trecuturi ale omenirii, şi dacă cercetăm mai deaproape moravurile diferitelor seminţii cu viaţa lor privată şi publică şi dacă analizăm întocmirile lor economico-sociale, ajungem la concluzia, că acele popoare au prosperat şi au devenit puternice, ai căror conducători s'au preocupat deaproape de sănătatea, de buna stare materială şi de armonizarea condiţiunilor de viaţă a supuşilor lor.

Pe de altă parte însă tot din trecutul omenirii învăţăm, că popoare întregi s'au stins din cauză că desarmonizarea condiţiunilor de viaţă s'a adâncit şi a săpat adevărate prăpăstii între pătura suprapusă şi masele poporului, care au fost lăsate să degenereze din cauza sărăciei care-i apasă şi a plăgilor medico-sociale, care-i bântuia.

Aceste exemple din trecuturi îndepărtate şi apropiate, pe noi nu ne-a impresionat prea mult şi din cauza aceasta crâmpeele de măsuri ce s'au luat în diferite timpuri şi împrejurări au fost lipsite de orientări.

Nu s'au cunoscut destul de temeinic condiţiunile de viaţă din diferitele timpuri ale ţării noastre şi n'au fost cunoscute nici multele suferinţi, care degradau energiile neamului nostru de prin multe meleaguri şi din aceste cauze măsuri radicale nu s'au luat şi când s'a încercat să se ia de anumiţi exponenţi, care au cunoscut mai de aproape realităţile, n'a fost o continuitate, căci schimbările prea dese în situaţiile politice nu mai dedeau răgazul cuvenit chiar celor dornici de a aprofunda marile probleme medico-sociale, ca să le soluţioneze în conformitate cu realităţile.

Exemplul cel mai demonstrativ este marea şi bine-făcătoarea reformă sanitară a profesorilor Cantacuzino-Sion începută între anii 1907—1911 şi rămasă în complectă părăsire şi uitare până acuma de curând, când reprezentanţii unei mari instituţii cu caracter medico-social şi internaţional, au venit şi pe la noi şi au învăţat pe exponenţii din fruntea serviciului sanitar, cum să organizeze o plasă din punct de vedere sanitar. Plasa aceasta model este însă inferioară circumscripţiilor sanitare organizate sub directivele Profesorilor Cantacuzino—Sion în cadrul celor opt judeţe, care li-a servit de experienţă, pentru a putea legifera în plină cunoştinţă de cauză.

Şi dacă n'ar fi intervenit alte preocupări cu alte orientări şi dacă spiritul de solidaritate socială ar fi existat şi ne-ar fi obligat, să continuăm opera începută de cei doi mari reformatori şi buni cunoscători ai situaţiilor de la noi, astăzi ne-am putea mândri cu o temeinică organizaţie, menită să ocrotească sănătatea şi prosperitatea neamului nostru.

Cum însă prea desele premeniri ale celor chemaţi să se ocupe de marile probleme sanitare nu le îngăduia, ca să se pună în curent cu realităţile şi cum o bună parte din timp, erau datori s'o întrebuinţeze în alte direcţiuni şi cum şi în măsurile ce intenţionau să le ia, erau constrânşi să ţină seamă de considerente străine, în mod fatal o temeinică şi binefăcătoare organizaţie sanitară a rămas să facă parte şi astăzi din domeniul dezideratelor mai mult sau mai puţin realizabile, căci neamul nostru suferă şi nu murmură. O mai amănunţită cercetare a tuturor cauzelor care au produs desorientări în organizarea serviciilor sanitare ar fi greu de făcut în cadrul unui articol, cu toate că ar fi foarte interesantă. Bunăvoinţă, probabil, că au avut toţi conducătorii. Inclin însă a crede, că mulţi dintre ei au luat drept culmi ondulaţiunile descendente depe traseul unui progres amăgitor, căci ei singuri s'au amăgit cu pregătiri, pe care nu le aveau şi cu situaţii pe care nu le cunoşteau şi evident că în astfel de împrejurări frânturile de măsuri ale unora nu se potriveau cu crâmpeele de directive ale altora şi din cauza aceasta un tot armonios nu se putea închega.

Condiţiunile de trai în lumea ruralilor noştri diferă aşa de mult unele de altele, încât standardizarea mediculului funcţionar sub raportul pregătirii lui, al salarizării şi al atribuţiunilor, dovedeşte şubrezenia concepţiilor şi preocupărilor. Viaţa ţăranilor noştrii din Basarabia înfometată şi bântuită de tifos exantematic, — boala mizeriei, hygienice şi a lipsurilor de tot felul,— nu are nici o asemănare cu viaţa regiunilor înstărite de pe Valea Prahovei. In Basarabia sunt lipsuri şi boli şi drumurile sunt tot aşa de grele ca şi nevoile Basarabenilor. De lipsuri mari şi de boli secerătoare sunt bântuiţi şi răzeşii lui Ştefan Cel Mare şi tot sub povara lipsurilor, a tuberculozei, a sifilisului şi a alcoolului se istovesc şi mândri urmaşi ai lui Avram Iancu şi Horia. Sărăcie, mizerie higienică, întunerec şi boli peste tot, şi medicii rurali de prin aceste meleaguri uitate, se bucură de aceiaşi solicitudine, de acelaş salar şi de aceiaşi pregătire ca şi confraţii lor, care au fericirea să trăiască în mijlocul unei populaţiuni rurale înstărite, care are pentru animalele ei adăposturi mult mai bune şi mult mai hygienice decât au ţăranii de prin regiunile sus amintite. Medicii aceştia trăiesc în locuinţe confortabile, luminate cu electricitate, au posibilitatea aprovizionărilor, au o viaţă socială, lucrează cu o administraţie înţelegătoare şi civilizată, care de mult a construit casa mediculuí şi dispensarul pentru consultaţiuni. Salariul medicului rural din aceste părţi este o mică anexă la veniturile pe care le realizează din clientela, şi vizitarea comunelor o fac aceşti medici cu maşina lor pe drumuri bune, care nu pot să-i obosească. Nu-i oboseşte nici munca din comunele circumscripţiei lor, căci ei nu au de luptat cu boli redutabile, ei nu fac medicină preventivă, ci curativă şi rentabilă şi ei nu sunt siliţi nici într'o împrejurare să doarmă ca vai de lume prin case streine, căci ei revin în fiecare seară la locuinţa lor, unde pot lua o bae caldă şi unde pot avea o masă bună şi un culcuş plăcut, şi ei când se reîntorc acasă îşi fac socoteala încasărilor şi nu a cheltuelilor. Administraţiile comunale îi înţeleg, îi ascultă şi poveţele lor se execută.

Desigur că de dorit ar fi ca toţi medicii rurali să fie puşi în astfel de condiţiuni de vieţuire şi de exercitarea meseriei lor, căci aceasta ar fi dovada cea mai deplină, că celule'e organismului nostru sunt una ca şi alta şi că întreg organismul are o viaţă reală, o viaţă, care poate asigura trăinicia individului şi temeinicia neamului şi a ţării. Din nenorocire însă suntem departe de acea armonie socială şi economică, căci după cum am mai pomenit sunt regiuni întregi, în care sătenii trăesc în condiţiuni destul de inferioare şi destul de îngrijorătoare sub toate raporturile.

In satele acelea, în care nu se poate vorbi despre hygiena caselor şi a îmbrăcăminţii, căci iarna oamenii sălăşluesc la un loc cu animalele şi aerul nopţii e mai asfixiat decât acela din celebrele închisori ale Indiilor engleze, în satele acelea zic, unde hrana oamenilor este o amăgire a foamei, unde sărăcia apasă fiecare fiinţă şi întunericul acoperă fiecare suflet, acolo unde se acordă aceiaşi îngrijire noului născut ca şi viţelului şi unde tăişul morţii seceră de a valma pe acei nenorociţi, acolo unde plăgile sociale degradează energiile şi degenerează organismele, acolo unde nu sunt drumuri şi unde vara te înăbuşe pra-

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c. c. = 10 ctgr. extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

In REUMATISM și bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, ușor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecțiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obține un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecțiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecțioase, acute și cronice
Fără reacțiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY-Praga

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramus.ular zi'nic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulențe și gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriță în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane și orice fel de informații a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. București III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

Tratamentul
ŞANCRULUI MOALE
şi al complicaţiilor sale:

Prin injecţiuni intramusculare
cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL Prof. Dr. NICOLAU şi Dr. BANCIU
DIN SURSE POLIVALENTE DE BACILI DUCREY

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR
Este foarte bine tolerat. Nu dă şoc, nici febră, permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea : Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale
Se poate procura la toate Farmaciile din ţară.
Pentru literatură şi eşantioane, Domnii Medici se vor adresa:
Reprezentanţei generale: BUCUREŞTI, Str. Regală 10. — Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă la copii şi adulţi nu este decât:

„LACTOFERMENTUL Dr. ROBIN"

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute şi cronice la copii şi adulţi, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Doze: *Copii până la 3 ani o linguriţă la oră*
Copii dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
Adulţii 3—4 linguri înaintea meselor.

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

ful şi toamna te înglodează noroiul acolo unde posibilităţile de a vedea o locuinţă acceptabilă, nu bună sunt aproape inexistente, unde aprovizionarea e iluzorie şi unde administraţia e o parodie, acolo medicul rural e pus pe un picior de egalitate cu ceilalţi confraţi ai lui, care trăesc prin meleaguri binecuvântate şi de mintea omenească şi de puterea Dumnezească. Dar mai este încă ceva, şi acel ceva reprezintă enorm de mult. In mediile rurale înstărite sunt farmacii şi locuitorii sunt obicinuiţi să-şi procure de la aceste instituţiuni prescripţiile medicale. Acolo în fiecare casă se poate face reala izolare a contagiosului, căruia regimul prescris de medic nu-i lipseşte. Desinfectarea se face în bune condiţiuni, căci locuitorii înţeleg însemnătatea şi în unele părţi nu lipsesc nici etuvele. Pandemiile nu sunt cunoscute prin aceste părţi, iar plăgile medico-sociale sunt inexistente aproape. De hygiena caselor şi a îmbrăcăminţii nu trebue să se ocupe medicul, căci sătenii, uneori, o cunosc mai bine ca povăţuitorul lor.

In ceea ce priveşte hrana, ei nu înţeleg munca fără o alimentaţie substanţială şi îndestulătoare şi pentru ei şi pentru animalele lor. Medicul rural şi oficial este mai mult o mărturie a şubrezeniei, cu care se rezolvă marele probleme, căci aproape în toate aceste localităţi sunt medici angajaţi de obşte şi mai ales de obştea sătească şi sunt alţi medici, care se stabilesc în comuni înstărite pe cont propriu. Trăesc şi trăesc destul de convenabil din propria lor muncă conştiincioasă. Numărul medicilor oficiali în aceste bine cuvântate localităţi este tot aşa de mare ca în cele mai oropsite regiuni. In treacăt numai amintesc, că mai toţi sunt pe la casa cercuală sau pe la alte întreprinderi şi sunt medici rurali, care sunt şi primari, prin urmare situaţia lor materială e minunată. Standardizarea este numai în ceea ce priveşte salariul şi condiţiunile de a obţine titlul de medic de circumscripţie.

Intrebarea firească ce s'ar putea pune după cele arătate ar fi, dacă aceasta este o organizare sanitară sau o ironie sanitară? Poate că nici una nici alta, dar o parodie da!

A critica este foarte uşor, — s'ar putea obiecta, a soluţiona este însă mult mai greu. A face o critică obiectivă a anumitor stări de situaţii nu este de loc uşor, căci critica serioasă presupune totdeauna o cunoaştere temeinică a problemelor supuse discuţiei şi evident că şi a rezolvării lor.

Prin urmare în cazul de faţă, ţara noastră pentru anumite regiuni şi pentru o lungă perioadă de timp, ar fi datoare să aibă un puternic grup de *medici-rurali-misionari*. Formării şi selecţionării acestor medici ar urma să se dea cea mai desăvârşită atenţiune, căci numai obţinerea unei diplome şi trecerea unui examen de capacitate nu sunt suficiente titluri, pentru a se da unui medic însărcinări de mari răspunderi. Medicul misionar trebue supus şi altor probe, cu care să se poată cântări simţul datoriei, iubirea de neam, aptitudinea de a lucra în medii rurale bântuite de toate nevoile şi să-i se cântărească chiar puterea de a se sacrifica pe sine, pentru a înălţa pe semenii săi. Medicii misionari în perioada lor de formaţie trebuesc supuşi la serioase încercări şi numai după ce vor fi trecut toate probele pe teren, să li se încredinţeze conducerea unei ataşări circumscripţii.

Circumscripţia medicului misionar nu trebue să aibă mai mult de două comune cu satele lor. Locuinţă confortabilă şi dispensar cu material îndestulător trebue să nu lipsească noii circumscripţii. Moaşe în fiecare sat, agent sanitar şi soră de ocrotire în fiecare comună. Cantine obligatorii în regiunile bântuite de pelagră. Organizări pentru alăptarea copiilor ai căror părinţi trăesc în mizerie. Obligaţia penrtu fiecare primărie de a avea vaci cu lapte pentru hrana copiilor şi a contagioşilor, cărora li se prescrie regimul lactat şi care sunt prea săraci. Examenul săptămânal al tuturor copiilor de la naştere până la etatea de cinci ani. Posibilitatea de a-i fortifica pe cei debili şi de a le da îngrijiri medicale celor bolnavi. Profilaxii pe toate terenurile şi o remarcabilă activitate extra-medicală în toate direcţiile. Legat de circumscripţia sa, medicul misionar lucrând pentru luminarea şi înstărirea sătenilor de sub ocrotirea sa şi luptând pentru a-i vindeca de maladiile, cari'i slăbesc şi'i distrug şi apărându-i de atâtea boli ameninţătoare, el va fi menit, să fie stimat, iubit şi ascultat de toţi locuitorii satelor, mari şi mici.

Sunt pe deplin convins, că medicul cu o astfel de structură sufletească, pus în bune condiţiuni de vieţuire, va îndrăgi şi va fi îndrăgit de sătenii lui zi cu zi tot mai mult şi nu se va îndura să se despartă de ei toată viaţa lui. Bucuriile şi durerile împărtăşite cimentează legăturile sufleteşti şi recunoştinţa ţăranului nostru e proverbială.

Medicului misionar însă trebue să i se asigure un maximum de salar, cărui să i se acorde şi gradaţii, pentru ca acest apostol al neamului să poată să-şi crească copii în cele mai bune condiţiuni şi la bătrâneţe, după o muncă pe cât de grea pe atât de rodnică, să aibă din ce trăi în mod convenabil.

Desigur că o mare reformă ar reclama şi resurse financiare, căci nimica nu se poate face fără prevederi băneşti, şi întrebarea cum s'ar putea acoperi cheltuelele ar fi legitimă. Nu mă încumet să dau soluţii în materie financiară. Am însă impresia că din economisirea risipelor, din comprimarea cheltuelilor evitabile şi nepotrivite cu timpurile ce le trăim, din o justă nivelare de salarii, din reala suprimare a cumularzilor şi din atâte şi atâte venituri nemuncite, cu un cuvânt din o mai dreaptă ajustare a felului de viaţă sub toate raporturile, cred, că multe şi mari resurse financiare ar putea să rezulte. In ţara unde nu sunt nici averi astronomice şi nici sărăcie strigătoare la cer, în ţara în care nu sunt nici palate somptuoase şi nici cuibare de boli, în ţara în care nu se cheltuesc zeci de mi de lei cu mese somptuoase şi indigeste şi în care nu moare nimeni de foame şi de mizerie, în ţara în care capitalul muncă se bucură de toată solicitudinea şi nu e sclavul capitalului ban, în ţara aceea a armoniei sociale munceşte toată lumea pe toate terenurile, pentru ca prin muncă creatoare şi nu prin mijloace inavuabile, să-şi câştige o existenţă convenabilă şi să-şi asigure buna prosperare a familiei. Intr'o astfel de ţară nu sunt nici privilegiaţi şi nici năpăstuiţi şi conducători sunt fericiţi că pot asigura necesităţile vieţii fiecărui individ şi libera desvoltare şi consolidare a virtuţilor poporului, pe care-l cârmuesc. Intr'o astfel de ţară se găsesc totdeauna resurse pentru a vindeca rănile maselor muncitoare şi de ce nu ni s'ar da şi nouă posibilitatea, ca să ne mândrim în ţara noastră cu conducătorii noştrii?

Nu am de loc pretenţia de a fi expus în amănunţime această însemnată problemă şi departe de mine credinţa de a fi soluţionat-o.

Am schiţat-o numai, spre a atrage luarea aminte a celor în drept, că marea problemă a apărării sănătăţii poporului nostru este departe de a fi rezolvată.

BIBLIOGRAFII

Formulele chininei, Chinshona Institut Amsterdam-W 1938.

Tratează înainte de toate acţiunea chininei ca tonic, anestezic şi antipiretic, având un tablou al grupărlior de afecţiuni şi maladii individuale în ordine alfabetică, la care chinia a fost întrebuinţată cu succes. Deasemenea se găsesc la sfârşitul broşurei capitole despre: a) Idiosincrazie chininică; b) compuşii principali ai chininei şi chinidinei; c) intoleranţa chininei faţă de alte substanţe.

Această broşură se va trimite gratuit tuturor medicilor cari o vor cere la adresa: Cinchona-Institut Postbus 215 Amsterdam W.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noul comitet al Soc. pentru studiul tuberculozei

Membrii «Societăţii pentru studiul tuberculozei» întruniţi în adunare generală pentru alegerea noului comitet, au ales, prin aclamaţiuni, ca preşedinte de onoare pe d. dr. Ioan Costinescu, fost ministru al sănătăţii, vice-preşedinte al «Ligei naţionale contra tuberculozei».

Adunarea a ales apoi următorul comitet: preşedinte dr. St. Irimescu; vicepreşedinţi prof. M. Ciucă şi general dr. I. Bălănescu; secretar general dr. M. Nasta; secretar dr. M. Blechmann; casier: dr. T. Veber; cenzori d-nii: dr. H. Theodoreanu, Hagiescu şi Stoichiţă.

Concurs de medic secundar la Spitalul Brâncovenesc

Se aduce la cunoştinţa generală că pentru ocuparea unui loc de Medic secundar, specialitatea electro-radiologie se va ţine concurs cu începere dela 22 Iunie 1940.

Registrul de înscrierea d-lor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţionare în calitate de medic secundar, se găsesc spre înscriere şi consultare în toate zilele de lucru, la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9—12.

Inscrierile conform regulamentului se pot face numai până în ziua de 12 Iunie 1940, ora 12.

Examenul de capacitate pentru medicii sanitari

Se aduce la cunoştinţa generală că în ziua de Joi 2 Mai 1940, la orele 9 dimineaţa, va începe la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, din Calea Griviţei No. 64 — 66, examenul de capacitate pentru medicii sanitari de circ. urbane, rurale şi medici comunali.

Au drept să se prezinte la acest examen toţi cei cari îndeplinesc condiţiunile art. 191 şi 195 din legea sanitară şi şi de ocrotire, publicată în «Monitorul Oficial No. 140 din 22 Iunie 1935 şi anume:

Condiţiuni generale:

a) Să fie doctor în medicină cu dreptul de liberă practică în ţară;

b) Să fie cetăţean român;

c) Să nu fie condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vre-o pedeapsă infamantă.

d) Să nu fi fost exclus definitiv din corpul funcţionarilor Ministerului sau exclus temporar în momentul cererii, sau pus în retragere din oficiu pentru vreunul din cazurile prevăzute de prezenta lege.

e) Să nu fie destituit din alte funcţiuni;

f) Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării.

Condiţiuni Speciale.

Candidaţii vor dovedi că au un stagiu de 3 luni după obţinerea titlului de doctor în medicină într'un serviciu de boli infecţioase, de obstetrică şi de pediatrie. Sunt dispensaţi de acest stagiu internii cu concurs ai spitalelor, medicii auxiliari şi preparatorii de clinici, cari vor dovedi că au făcut aceste stagii.

Medicii cari au diplome de igienişti sunt dispensaţi de aceste stagii, dacă le-au făcut în timpul cursului sau anterior.

Concursul constă din următoarele probe:

1) O probă scrisă de igienă şi boale infecţioase;

2) O probă scrisă de medicină internă sau medicină infantilă;

3) O probă obstetrică.

Candidaţii cari cer înscrierea pentru examen, vor trebui să înainteze Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cererile lor însoţite de acte şi suma de lei 1000, cu cel puţin 30 de zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea examenului.

BIBLIOGRAFII

Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie par Th. Alajouanine, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hospice de Bicêtre **André Ombredane,** Directeur-adjoint du Laboratoire de Psycho-Biologie de l'Enfant à l'Ecole Pratique des Hautes-Etudes et **Marguerite Durand** Assistante à l'Institut de Phonétique. *Masson et C-ie éditeurs.* Un volum de 140 pagini cu 44 figuri . . . . . £ 0,80

După o expunere minuţioasă a cunoştiinţelor actuale asupra acestui sindrom, după numeroase cercetări personale, autorii ajung la concluziunea că se poate individualiza un sindrom de atingere a procesului elocutoriu, pe cari ei îi denumesc «Sindrom de desintegrare fonetică» pentru a stabili că, conform principiului jacksonian al disoluţiunei, maladia reduce posibilităţile de elocuţiune la niveluri primitive cari se regăsesc în primul stadiu al evoluţiunei vorbirei.

Le foie cardiaque, par Jean Vague Chef de Clinique a la Faculté de Médecine de Marseille. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 180 pagini . . . 0 dollar 70.

Autorul a întrunit toate noţiunile clasice asupra «ficatului cardiac» ca şi concepţiunile actuale.

Descrierea clinică se referă la punctele mai importante ale semiologiei ficatului cardiac şi la aspectele sale evolutive; unele date asupra circulaţiei de întoarcere, turburări biologice, etc.

Studiul anatomo-patologic precizează diferitele modalităţi evolutive şi cauza lor.

Se găseşte, deasemeni în această lucrare un studiu anatomic al venelor supra hepatice şi în special noţiunea clasică de «sfincter» ale acestor vene la toate vârstele, la sănătoşi şi bolnavi.

Chestiunea ficatului cardiac este expusă complect în această monografie, care va interesa deopotrivă pe studentul candidat la concurs ca şi pe practicianul dornic de a se instrui asupra evoluţiunei cunoştiinţelor recente ale acestui sindrom.

Précis d'alimentation des nourrissons. État normal — État pathologiques par le Docteur Eugène Terrien ancien chef de clinique infantile de la faculté. A l'hôpital des enfants-malades. Sixième édition revue et augmentée. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 306 pagini . . . 0 dollar 80.

In ultimii ani au fost publicate foarte multe lucrări asupra alimentaţiei sugarilor; pe măsură ce noi concepţiuni au apărut la ordinea zilei, alimente şi metode diferite au fost introduse în terapeutică.

Astfel a luat naştere o nouă reglementare a prânzurilor, o alimentaţie mai variată din primele luni, dar cu aceasta munca medicului este departe de a fi fost simplificată.

Aceste constatări au îndemnat autorul să redacteze o nouă ediţie a unei lucrări apreciate de mult timp şi pe care a pus-o din nou la punct.

Inainte de toate este un «Precis», adică toate chestiunile referitoare la alimentarea sugarilor (sănătoşi sau bolnavi) sunt studiate în aşa fel încât cititorul înţelege în acelaş timp raţiunea regimurilor şi modul de aplicare.

Lucrarea este împărţită astfel:

a) Alimentarea copilului normal;

b) Regimul în stările patologice;

c) Regimurile de supleanţă şi alimentele de regim;

d) Controlul coprologic.

CHLORO-CALCION

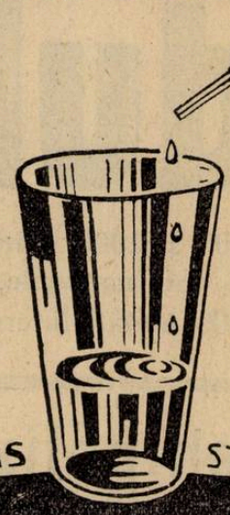
Laboratoire Michels — 4 bis, rue du Colonel Moll, Paris.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant



DIRECT

ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

R E S Y L

Eterul glicero-gaiacolic

IN TOATE BOLILE DE RĂCEALĂ

Preparat de gaicol uşor resorbabil şi cu acţiune rapidă

Picături de Resyl:

Se dozează exact cu întrebuinţare practică şi economică.

Tablete de Resyl:

Se administrează uşor, stimulează pofta de mâncare şi au o acţiune sigură.

Fiole de Resyl:

Injecţiuni nedureroase, bine tolerate, pentru acele cazuri unde o medicaţie pe cale bucală nu este recomandabilă.

Ambalaj: Picături, flacon cu 20 gr. — Tablete, flacon cu 20 tablete.
Fiole, cutie cu 10 fiole à 2,3 cc.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

Reprezentant pt. România: NICOLAE BARNA, farmacist, Bucureşti III, Str. Romană 55 c.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.
Fiole de 100 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Hormonul antehipofizar gonadotrop

extras din urină de gravidă

GLANDUANTIN

Fiole şi tablete, titrate pe unităţi.

Fiole de 20 unităţi internaţionale. **Tablete de 150 unităţi internaţionale.**

Medicaţia salicilică

fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulţi şi copii

KALMOPYRIN

Tablete Pulbere

Avitaminozele P. P.

PELLACOTIN

„DR. R A D U"

Pe bază de acid nicotinic şi aminoacizi

2 Forme: Fiole injectabile conţinând 0,150 gr. acid nicotinic.
Tablete conţinând 0,100 gr. acid nicotinic.

Acţiune rapidă în:

Pelagră
Turburări digestive
Porfirinurie
Afecţiuni cutanate
Turburări mintale
Surditatea sunetelor înalte.

Cutii cu 5, 15 şi 50 fiole a 5,3 cc. Flacoane cu 30 tablete.

Dr. ALEXANDRU RADU, Bucureşti 3, Strada Sofia 30

Un medicament nou

Un produs românesc

CAMFOTON

Tuberculosă în toate stadiile
Anemii tuberculoase
Convalescenţă postoperatorie
Inapetenţă
Demineralizare
Turburări de creştere
Atonie gastrointestinală
precum şi
Toate indicaţiile calciului

Cutii cu 5, 20 şi 50 fiole à 5,3 cc.

Laboratorul „Dr. ALEXANDRU RADU" Bucureşti 3, Str. Sofia 30

HEMOSTYL

Doctor ROUSSEL

Ser hemopoietic de cal, absolut pur.

2000 de cai sunt utilizaţi pentru prepararea HEMOSTYL-ului.

ACŢIUNE TONICĂ

Serul „mijloc de legătură" al organismului, conţine toate secreţiunile glandelor endocrine. Acţiunea fiziologică, tonică şi durabilă a HEMOSTYL-ului, se datoreşte bogăţiei sale în HORMONI.

ACŢIUNE HEMOPOIETICĂ

Frecvenţa anemiilor secundare este considerabilă. HEMOSTYL aduce elemente pentru reconstruirea globulară şi stimulente pentru organele producătoare de elemente figurate, HEMOPOIETINE.

ACŢIUNE HEMOSTATICĂ

În pansamente locale şi pe cale bucală, HEMOSTYL rămâne întotdeauna cel mai activ şi cel mai sigur dintre hemostatice, graţie FIBRIN-FERMENT-ului pe care îl conţine.

PURITATE CALITATE EFICACITATE

PREZENTARE

Fiole de 10 cc., în cutii cu 6 fiole.
Sirop . . . Flacon cu 300 grame.

POSOLOGIE

Fiole: 1—3 pe zi, per os, luate cu puţină apă zaharată.
Sirop: 1—3 linguri de supă pe zi.
De preferinţă pe nemâncate sau la începutul meselor.

Laboratoarele HEMOSTYL — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei BUCUREŞTI III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 8 — 10 Lei Exemplarul — 15 Aprilie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNEA" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. ŞTEFAN NICOLAU: *Consideraţiuni relativ la patologia generală a moştenirii sifilitice. Partea II. Moştenirea paternă.* 85

REVISTA CĂRŢILOR

Dr. H. M. Fay: Inteligenţa şi Caracterul. Anomaliile lor la copil. Elemente de Psihologie şi Psihiatrie infantilă pentru educatori; Traducere în limba română de *V. P. Nicolau*, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu 89

F. Rosenthal M. D: Diseases of the digestive system recenzat de Dr. I. Daniel 89

Pagina

ORGANIZAREA PROFESIUNII MEDICALE

Profesor Dr. N. HORTOLOMEI: *Noua lege de organizare a Colegiului Medicilor (Discursul D-lui Ministru al sănătăţei publice,—ţinut la Senat, cu ocazia votărei acestor legi)* 90

Textul legei pentru organizarea Colegiului medicilor aşa cum a fost votat de Senat 92

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Avizul Academiei de medicină asupra proectului de lege pentru protecţia familiei; Concurs de medici secundari la Spitalul Brâncovenesc; Loc vacant de medic primar chirurg la Spitalul „Regele Carol II" din Bucureşti; Dispoziţiuni ale Marelui Stat Major referitoare la Medicii concentraţi . . 95

Pagina

Intrebuinţarea taxelor percepute bolnavilor pentru operaţii în Spitalele Ministerului Sănătăţii; Activitatea Sanatoriului Moroeni-Dâmboviţa 96

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral, (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Uliron

BAYER

Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul

BLENORAGIEI

pe cale bucală. Tuburi cu 12 şi 24 tablete

»Bayer« LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-92-86, Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18 Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diferică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

V I T A P L E X

Vitamine „CHINOIN"

Numele preparatului — Substanţa activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A = Vitamina A.	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ A+D = Vitamina A+D_2	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 U.I. Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B = Vitamina B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete*: tuburi cu 20 buc. *Injecţii*: cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C = Vitamina C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete*: tuburi cu 10 buc. *Injecţii*: cutii cu 5% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc. „ „ 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D (Devitol) = Vitamina D_2	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	În comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri*: flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E = Vitamina E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.	*Soluţie*: flac. cu 10 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sf. Constantin, 4.

CHOPHYTOL

Laboratoires Rosa — Paris XVII-e

EXTRACT SIC
PURIFICAT
DESALBUMINAT
TITRAT
STABILIZAT
STANDARDIZAT

Din frunză proaspătă de anghinară (Cynara scolymus. Artichaut cultivé)

TONIC HEPATIC. COLERETIC. DIURETIC.

Favorizant al metabolismului azotului, colesterolului şi al apei

INJECŢII - DRAGEE - PICĂTURI

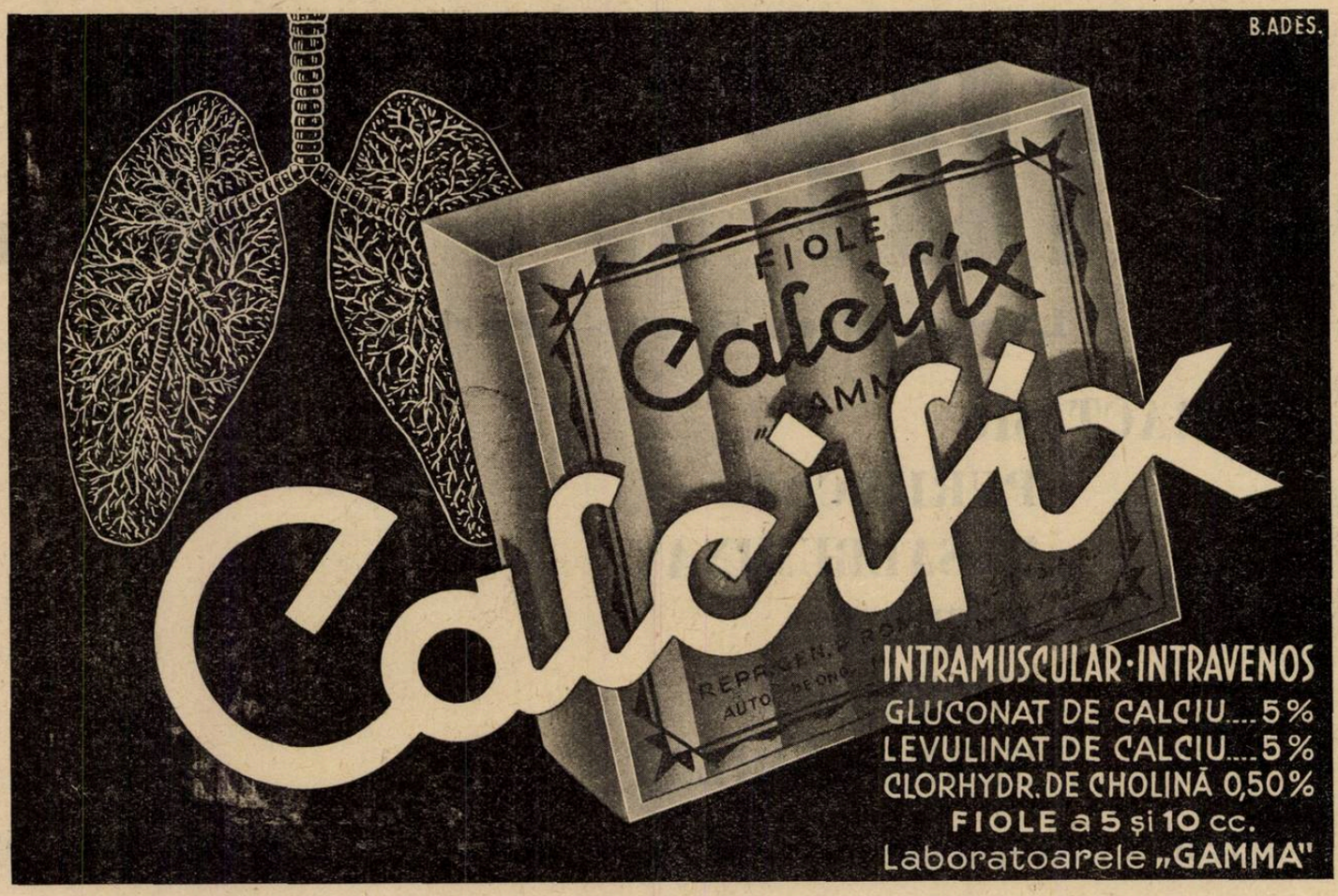
Lucrări ştiinţifice scrise de Léon Tixier, Marcel Eck, G. Edgard — Rosa, etc.:

1. Puterea colesterolitică a serului sanguin
2. Tratamentul stărilor ateromatoase
3. Fericita influenţă a anghinarei
4. Semnificaţia colesterinemiei şi azotemiei
5. Chophytol-ul în chirurgie
6. „ „ maladiile infantile
7. „ „ prurigo simplex al copilăriei

şi eşantioane medicale trimite la cerere:

Farm. G. SIMONIU, Bucureşti III

Bulev. Vintilă Brătianu (Dacia) No. 5 — Tel. 2.79.50



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București VI. Tel.: 5.51.51

Lacarnol

BAYER

Fracțiune nucleosidică din extracte organice.

In turburări cardiace și circulatorii

Ameliorare fiziologică a circulației coronariene în angină pectorală. Stimularea funcțiunii cardiace slăbită prin bătrânețe.

Flacon cu 20 cmc. (flacon gutător). Cutii cu 5 fiole de 1 cmc.

»Bayer« LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru Românie: „ROMIGEFA" S. A. R.
București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-9286; Sucursala: Cluj, Cal. Moților 18. Tel.: 37-22

Anul XVIII. No. 8 10 Lei Exemplarul 15 Aprilie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Consideraţiuni relativ la patologia generală a moştenirii sifilitice *)

Partea a II-a.—Problema moştenirii paterne.

de Prof. Dr. ŞTEFAN NICOLAU

Dacă transmiterea sifilisului de la mamă la făt, pe cale transplacentară, este astăzi un fapt universalmente admis, în schimb posibilitatea transmiterii acestei boale de către tatăl singur, *mama rămânând sănătoasă*, conseserată odinioară şi ea ca un fapt tot atât de sigur de către *Fournier*, *Kassowitz*, *Finger*, *Hochsinger*, etc., este astăzi din cele mai discutate şi chiar negată cu desăvârşire de unii sifiligrafi ca *Matzenauer*, *Jadasohn*, *Knöpfelmacher*, etc.

Ne găsim aci, trebue s'o recunoaştem, pe un teren mai puţin solid de cât acela privind moştenirea de origine maternă. Am putea zice chiar că ar fi greu să ia cineva astăzi o poziţie hotărâtă relativ la problema moştenirii sifilitice *pur paternă* întrucât, în starea actuală a cunoştinţelor noastre, posibilitatea unei atari moşteniri nu poate fi nici afirmată ca o realitate perfect demonstrată, nici respinsă, a priori, ca nefundată.

Nesiguranţa ce planează asupra acestei chestiuni se datoreşte în bună parte dificultăţilor de care ne izbim de cele mai multe ori în practică, atunci când este vorba de a se exclude, în mod absolut, participarea factorului matern, cât şi faptului că nici unul din mecanismele patogene invocate pentru a explica realizarea moştenirii paterne n'au putut căpăta încă o consacrare ştiinţifică, aşa cum este cazul pentru sifilisul congenital de origine maternă. Intr'adevăr, după cum se va vedea din cele ce urmează, totul nu se bazează aci decât pe ipoteze, pe deducţiuni teoretice, sau pe argumente de analogie, care, oricare ar fi importanţa ce li s'ar acorda, sunt departe de a putea permite o judecată definitivă a chestiunii.

Transmiterea sifilisului patern la descendenţi nu s'ar putea concepe decât într'un singur fel, şi anume, prin fecundarea ovulului matern de către un spermatozoid infectat. Ar fi vorba prin urmare, aci, de o adevărată transmitere *ovulară* sau *germinativă* a infecţiunii.

Inainte de a emite orice părere asupra acestei chestiuni dorim să trecem într'o scurtă revistă argumentele invocate în favoarea acestui mod de transmitere a boalei, cât şi obiecţiunile ce li s'au putut aduce.

Unul din argumentele de care s'a făcut mai înainte mult caz din partea adversarilor sifilisului germinativ a fost dogma nevirulenţei spermei, susţinută pe baza unei vechi încercări de inoculări nereuşite ale lui *Mireur*. Ne grăbim însă să adăogăm că acest argument şi-a pierdut astăzi orice importanţă în urma cercetărilor lui *Finger* şi *Landsteiner*, ale lui *Uhlenhuth* şi *Mulzer* şi ale altora, care au demonstrat, prin inoculări pozitive la animale, că sperma indivizilor sifilitici este, într'un număr important din cazuri, dotată de virulenţă şi aceasta chiar în absenţa oricăror leziuni testiculare, sau a căilor ejaculatorii.

Ceva mai mult, *Pinard* şi după dânsul un mare număr de alţi autori au putut demonstra în mod *direct*, la ultramicroscop, prezenţa treponemilor, uneori în număr impresionant, în sperma sifiliticilor. Aceste lucruri nu sunt de natură a ne mai surprinde astăzi, când ştim că testiculul este tocmai unul din acele organe ale corpului nostru, unde agentul patogen al sifilisului se retrage, de obicei, în perioadele de latenţă ale boalei, trăind acolo o viaţă redusă, dar păstrându-şi cu toate acestea virulenţa sa timp îndelungat.

O particularitate, interesantă de semnalat cu privire la problema care ne preocupă, este aceea că toţi cercetătorii care s'ar ocupat cu studiul spirocheţilor în spermă, n'au putut vedea paraziţii decât în stare extracelulară, adică liberi în masa lichidului spermatic şi niciodată în interiorul capului spermatozoidului. Plecând dela această constatare, s'a zis de unii că în asemenea condiţiuni greu s'ar putea concepe posibilitatea unui sifilis ovular, capul spermatozoidului fiind, după cum se ştie, singura porţiune a corpului său care pătrunde în ovul în actul fecundaţiunii. Pentru a se răspunde acestei obiecţiuni, s'a invocat din partea altora posibilitatea existenţei, în capul spermatozoizilor, a unor forme treponemice mai mici, granulare, sau chiar invizibile, despre care *Levaditi* şi şcoala sa a vorbit în ultimul timp. După părerea altora, în fine, nu ar fi exclus ca parazitul să se poată strecura în ovul, odată cu spermatozoidul, lipit fiind la suprafaţa acestuia.

Oricum ar fi lucrurile, o întrebare care s'a mai pus aci este aceea dacă ovulul parazitat, într'un fel sau altul, ar mai rămâne, sau nu, susceptibil de a trăi mai departe şi a se desvolta.

Astfel, unii autori ca *Buscke* şi *Krefting* au susţinut că chiar dacă prezenţa treponemei în ovul ar reuşi să fie cu certitudine demonstrată, această constatare încă n'ar fi de natură să rezolve în mod definitiv posibilitatea existenţei unui sifilis germinativ, deoarece ar fi foarte puţin probabil ca aceste ovule, fecundate în mod patologic şi parazitate, să mai rămână capabile de viabilitate şi de evoluţie ulterioară. S'a mai invocat cu această ocazie de unii, şi faptul că ovocitele umane, aparţinând, după cum se ştie, tipului «oligolecit» sunt nişte celule extrem de sensibile, prin natura lor, la acţiunea cauzelor turburătoare care le conduc repede la degenerescenţă şi la moarte.

Este drept că *Levaditi* şi *Sauvage*, confirmaţi apoi de *Hoffmann* şi *Wolters* şi de mulţi alţii, au putut constata la feţi femenini, atinşi de sifilis congenital, prezenţa spirocheţilor nu numai în ţesutul ovarului, dar chiar în interiorul ovocitelor, şi, lucru interesant, fără ca cele mai multe din aceste celule parazitate, să manifeste semne de degenerescenţă. Constatările acestor autori au produs, la timpul lor, o adâncă emoţie în lumea sifiligrafilor de oarece s'a putut crede, un moment, că mult discutata problemă a sifilisului germinativ a fost în fine rezolvată. Nu s'a întârziat însă a se obiecta, cu drept cuvânt, că aceste constatări, făcute în sifilisul congenital, unde septicemia treponemică atinge un grad atât de mare în cât paraziţii impregnează literalmente toate organele corpului fetal, nu autorizează nici o concluzie cu privire la posibilităţile de parazitare a ovarelor sau ovocitelor, la adult. Nu se cunoaşte într'adevăr, decât un singur caz, acela al lui *Kubinyi*, în care prezenţa spirocheţilor să fi fost semnalată în ovar la o adultă şi încă în acest caz era vorba de paraziţi conţinuţi în ţesutul de granulaţiune al unei gome specifice, desvoltată în acest organ.

*) *Dată o lecţiune, ţinută în continuare, în ziua de 21 Februarie 1940.*

Partea I a acestei lucrări: «Problema moştenirei materne», a apărut în No. 6 al «României Medicale» din 15 Martie 1940.

Dealtfel, într'o lucrare recentă relativă la sifilisul inaparent al şoarecelui, cu privire la repartiţia paraziţilor în diversele organe ale acestui animal, *Levaditi* a arătat că treponemii, deobicei destul de numeroşi în parenchimul ovarial al femelelor, nu se găsesc aci, în opoziţie cu constatările făcute mai înainte de dânsul în sifilisul congenital uman, niciodată în interiorul ovocitelor sau în ovisac. Paraziţii par să se plimbe pe lângă ovocit, dar nu pătrund niciodată în interiorul său. Autorul nu exclude totuşi posibilitatea ca virusul să poată difuza, eventual, în ovocit în stare infravizibilă.

Fără a voi să luăm o poziţie în această discuţiune, ţinem numai să amintim aci că există în ştiinţă o serie de fapte de analogie, care par totuşi a îndreptăţi ipoteza existenţei unui sifilis germinativ. Aşa de exemplu, *Koch*, examinând ouă de *Ornythodorus moubata*, ectoparazit transmiţător al febrei recurente africane *(Tick-fever)* a constatat că parazitul acestei boale, adică Spirocheta Duttoni, pătrunde în interiorul ovulelor şi asigură, graţie acestui mecanism, infecţia larvelor de ornythodorus. Pe de altă parte, *Levaditi* a arătat că la găinile atinse de spiriloză, spirilii pot pătrunde în ou şi în special în vitelus. Faptele citate, demonstrând că diverse tipuri de spirocheţi pot infecta celulele germinative ale unor anumite specii de vietăţi, fără a împiedeca prin aceasta evoluţia lor obişnuită, sunt de natură a face plauzibilă presupunerea că şi în sifilis, un ovul fecundat de un spermatozoid bolnav, ar putea rămâne capabil de desvoltare ulterioară.

Reţinând aci, cu tot caracterul său ipotetic, posibilitatea infecţiunii ovulului de către spirocheţii vehiculaţi de spermă, ne-am putea întreba, mai departe, care ar putea fi, în mod teoretic, momentul probabil al acestei infecţiuni. Momentul cel mai favorabil pe care l'am putea imagina aci, ar fi, în primul rând, acela care succede imediat expulziunii ovulului din foliculul lui *Graaf* şi ieşirii sale la suprafaţa ovarului, loc unde ştim că se petrece în mod obişnuit fecundaţiunea. Iată prin urmare o primă posibilitate de infecţie a ovulului, în momentul când el se găseşte încă în stare nativă, adică înainte ca el să fi intrat în desvoltare. Un al doilea moment critic pentru infecţiunea germinativă ar mai putea fi acela care s'ar oferi, câteva zile mai târziu, cu ocazia «nidificării» sau «cuibăririi» sale, adică atunci când ovulul fecundat şi prezentând deja un început de segmentare, a parcurs trompa şi a ajuns în uter, în peretele căruia el caută să se fixeze.

In acest scop oul determină, după cum se ştie, la suprafaţa uterului un fel de escavaţiune în care el se înfundă în parte, ca într'un cuib. Pe măsură ce oul îşi creează acest culcuş, mucoasa uterină circumvecină începe să se reflecteze la suprafaţa oului, sub forma unei membrane care cu timpul va sfârşi prin a-l îmbrăca complect, constituind astfel ceeace se numeşte caduca reflexă. Inainte însă ca oul să fie circumscris şi complect îmbrăcat de caduca, se scurge un interval de aproximativ o săptămână (von *Spee, Policarp)*, când suprafaţa sa nefiind acoperită decât de un depozit albuminos subţire, rămâne expusă să fie invadată de treponemi, paraziţi mobili şi capabili, după cum se ştie, să pătrundă prin propriile lor mijloace, în interiorul celulelor *(Bertarelli, Simonelli)*. Acest al doilea moment posibil de infecţie al *oului*, pe care l-am putea numi «momentul intrauterin», în opoziţie cu cel ovarian, este cu atât mai plauzibil, cu cât este demonstrat astăzi că treponemii pătrunşi în cavitatea uterină, cu ocazia actului sexual, odată cu sperma, sunt capabili să supravieţuiască acolo, timp chiar de câteva zile (*Neisser, Truffi, Lacq*, etc.)

Obiecţiunea cea mai serioasă ce s'a putut aduce seducătoarelor ipoteze emise în favoarea unui sifilis germinativ este aceea a extremei raritäţi a avorturilor *ovulare*, adică a acelora producându-se în primele luni ale graviditäţii. S'a zis, cu drept cuvânt, că dacă infecţia germinativă, *ex patre*, ar fi un mijloc obişnuit de realizare al sifilisului moştenit, aceste avorturi precoce ar trebui să fie, din contră, din cele mai frecvente, dat fiind că în această conjonctură infecţiunea atacând produsul concepţiunii la izvorul chiar al vieţii sale, ar trebui să-i conducă în mod fatal la moartea şi expulzarea sa timpurie. Or, acest lucru nu se întâmplă, imensa majoritate a avorturilor în sifilis neîncepând să se producă, după cum am mai spus-o, decât de la a 5-a lună înainte, ele comportându-se prin urmare, toate, ca nişte avorturi placentare.

După o statistică a lui *Trinchese*, numărul avorturilor observate la femei sifilitice, înainte de această dată nu reprezintă decât o proporţie minimă, nedepăşind cifra de 0,78% din numărul total de avorturi în legătură cu sifilisul, proporţie inferioară chiar numărului avorturilor determinate, la această epocă, de diverse cauze banale.

O altă obiecţiune, nu mai puţin serioasă, care s'a putut face posibilităţii unui sifilis germinativ, mai este aceea a absenţei spirocheţilor şi a oricăror leziuni anatomo-patologice, de tip specific, în produsele acestor rare avorturi ovulare. S'ar putea de sigur invoca şi aci posibilitatea existenţei unor forme invizibile şi deci nedecelabile prin mijloacele noastre actuale, a agentului patogen al sifilisului. Această presupunere ar avea nevoe, pentru a căpăta un început de confirmare, de încercarea virulenţei produsului de concepţie expulzat, prin inoculări la animale, lucru care, după cât ştim, n'a fost făcut încă. In orice caz, ori care ar fi forma pe care i-am presupune-o parazitului, ar fi un lucru într'adevăr curios ca acesta, deşi prezent în ţesuturile embrionului chiar de la începutul desvoltării sale, să aştepte 5—6 luni înainte ca el să determine leziuni anatomo-patologice în organele sale.

Deosebit de presupunerile ipotetice pe care le-am discutat, s'a mai invocat de către partizanii existenţei sifilisului germinativ şi un număr de alte argumente, trase, acestea din urmă, din consideraţiuni sau deducţiuni de ordin pur clinic. Aceste argumente le-am putea reduce la 4 mai importante :

a) Naşterea de copii sifilitici de către mame sănătoase, bărbaţii lor fiind singuri bolnavi.

b) Influenţa binefăcătoare, preventivă, pe care tratamentul *exclusiv* al tatălui o poate exercita asupra soartei descendenţilor.

c) Invocarea cazurilor cunoscute sub numele de «excepţiuni la legea lui *Colles-Baumès*».

d) Doctrina aşa zisului sifilis «conceptional».

Să analizăm rând pe rând fiecare din aceste ordine de fapte, pentru a vedea ce valoare poate fi atribuită astăzi fiecăreia dintre ele.

a) Relativ la punctul prim, există într'adevăr în literatură numeroase publicaţiuni, semnate de sifiligrafi eminenţi, aparţinând cei mai mulţi generaţiei medicale care a precedat pe aceea a noastră ca : *Ricord, Fournier, Diday, Hutchinson, Kassowitz*, etc., publicaţiuni constituind toate nişte călduroase pledoarii în favoarea sifilisului germinativ, tinzând cu alte cuvinte, să demonstreze că un bărbat sifilitic poate procrea un copil bolnav, *mama rămânând sănătoasă.*

Pentru ca să ne facem o idee de sistemul de argumentare care, cu mici variaţiuni, stă la baza tuturor acestor publicaţiuni, ne mărginim a cita aci, din o sută, ca rezumându-le pe toate, următoarea observaţiune datorită marelui *Fournier* şi considerată de dânsul ca deosebit de demonstrativă, ea referindu-se la un menaj medical. Iată, în esenţă, elementele acestei observaţiuni. Intr'o zi, ilustrul sifiligraf primeşte vizita unui confrate care îi povesteşte următoarea sa tristă istorie : infectat cu sifilis cu un an înainte de căsătorie, nu şi-a făcut drept tratament decât 8 fricţiuni mercuriale. Soţia sa, *supravegheată de dânsul cu atenţiune*, a rămas indemnă. Cu toate

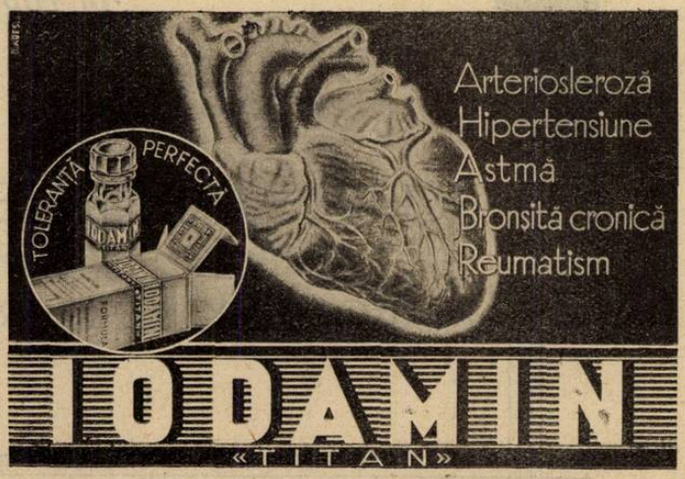
Propagande medicale; «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC — ANALGETIC REVULSIV — TOPIC

ANTIARTRITIC, ANTIREUMATIC, DIURETIC



MEDICAŢIUNEA IODATĂ INTENSIVĂ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

acestea, spre marea dezolare a sa şi a soţiei sale, din 5 sarcini pe care dânsa le-a avut, trei s'au terminat prin avorturi, feţii expulzaţi prezentând semne indubitabile de sifilis, iar două, prin naşteri la termen de copii, de asemenea bolnavi.

Punctul slab al acestei observaţiuni, comun de altfel tuturor observaţiunilor din acea epocă, referitoare la această chestiune, îl constitue faptul că afirmarea stării de sănătate a mamelor este în mod invariabil bazată numai pe consideraţiuni de ordin clinic, mulţumindu-se să se afirme absenţa, la dânsele, de leziuni specifice trecute sau prezente. Or, dacă această metodă de investigaţie putea satisface exigenţele sifiligrafilor de odinioară, astăzi nu mai avem dreptul s'o socotim suficient de convingătoare. Ce preţ am mai putea pune noi, astăzi, în această materie, pe argumentul pur clinic când ştim câte dificultăţi poate uneori întâmpina în practică depistarea sifilisului femeii şi cât de des infecţia îmbracă la dânsa forme ascunse clinicește, asimptomatice într'un cuvânt. Aşa fiind lucrurile, nimeni nu mai are astăzi dreptul să se pronunţe, în astfel de cazuri, fără să se recurgă la examenul serologic al femeii, repetat la nevoe, după o prealabilă reactivare.

Pentru motivele exprimate, socotim că tot materialul documentar acumulat în literatură, în epoca preserologică a sifilisului, tinzând să demonstreze realitatea moştenirii paterne, constitue astăzi un material perimat ştiinţificeşte şi deci neutilizabil.

Mai interesante de reţinut, pentru problema care ne ocupă, sunt o serie de alte observaţiuni mai noi, studiate, acestea din urmă, în condiţiuni mai riguroase decât cele din categoria precedentă.

Iată, cu titlu de exemplu, expunerea rezumată a câtorva din cazurile în chestiune (citate după *Péhu* şi *Pizzera*).

Cazul *Nevins-Heyde*: Un bărbat sifilitic are, mai întâi, de la metresa sa, sănătoasă, un copil sifilitic. Această femee, căsătorindu-se un an mai târziu, cu un bărbat sănătos, dă naştere, rând pe rând, la doi copii sănătoşi. Bărbatul sifilitic, căsătorindu-se, la rându-l său, cu o fată virgină, sănătoasă, aceasta are o serie de avorturi, urmate apoi de o serie de naşteri de copii sifilitici.

Cazul *Almquist:* o femee însărcinată de un bărbat sifilitic, naşte un copil bolnav, fără ca ea să prezinte vreun semn de infecţiune, deşi a fost urmărită medical timp de 14 ani, în care interval s'a practicat la dânsa nu mai puţin de 36 examene serologice, toate negative. Însărcinată din nou, după 11 ani, de astă dată însă de un procreator sănătos, această femee naşte, fără nici un tratament intercalar, un copil sănătos.

Cazul *Terelezki*: O femee sănătoasă, cu reacţiuni serologice negative, fecundată de un bărbat sifilitic, dă naştere unui copil sifilitic. Analizele serologice ale femeii, practicate după naşterea acestui copil bolnav, au rămas tot negative. La 3 săptămâni după naştere, această femee, măritându-se cu un bărbat sănătos, a născut, la termen, un copil sănătos, cu serologie negativă. Controlul serologic, atât al copilului, cât şi al mamei, urmărit timp de 3 ani, a dat la ambii rezultate constant negative.

Cazul *Hochsinger*: Un tânăr medic, sănătos, cu seroreacţii negative, se prezintă acestui sifiligraf cu un copil al său, în vârstă de 3 săptămâni, atins de sifilis. Soţia, chestionată în mod confidenţial de medic, sfârşeşte prin a-i mărturisi, că puţin după căsătorie a avut relaţii cu un alt bărbat sifilitic. Reacţiunile sale serologice erau negative; după trei ani, fără să fi fost supusă între timp nici unui tratament specific, a dat naştere unui copil sănătos, conceput însă de data aceasta cu bărbatul său legitim.

Aceste câteva observaţiuni, cât şi altele asemănătoare existând în literatură, sunt interesante din două puncte de vedere: în primul rând prin regularitatea cu care au *alternat* la aceste femei naşterile de copii, sifilitici sau sănătoşi, după cum ele erau fecundate de bărbaţi bolnavi sau nu, şi, în al doilea rând, prin aceea că într'o bună parte din aceste observaţiuni se găseşte realizată *acea formulă serologică familială*, a cărei posibilitate a fost multă vreme pusă la îndoială şi care, în orice caz, a fost totdeauna reclamată ca o condiţie sine qua non a admisibilităţii unei moşteniri pur paterne şi anume: *Wassermann-tată = pozitiv; Wassermann-mamă = negativ; Wassermann-copil = pozitiv.*

b) Un al doilea arguemnt invocat în favoarea moştenirii paterne a sifilisului este acela al acţiunii binefăcătoare, preventive, pe care tratamentul exclusiv al tatălui l-ar exercita asupra descendenţei unui menaj sifilitic, având deja la activul său o întreagă serie de avorturi.

Fournier şi alţi sifiligrafi au publicat, într'adevăr, o serie de observaţiuni din cele mai sugestive în această privinţă. Ce argument mai convingător, s'a zis, s'ar putea invoca relativ la rolul deciziv pe care factorul patern l-ar juca în transmiterea moştenirii sifilitice, decât acela că tratamentul unilateral al tatălui, adică stingerea singură a izvorului de infecţiune pe care el îl reprezintă, să se poată arăta capabilă să pună capăt îmbolnăvirii *produşilor concepţiunilor ulterioare*?

Ne grăbim însă să adăogăm că astăzi se caută să se dea o interpretare cu totul deosebită acestor fapte. După *Matzenauer*, în special, faptul că femeile în chestiune, după o serie întreagă de avorturi, sfârşesc prin a da naştere unor copii sănătoşi, s'ar putea foarte bine explica prin învechirea şi deci scăderea, cu timpul, a virulenţei iniţiale a infecţiunii lor, fără a mai fi nevoe să se invoace aci acţiunea binefăcătoare a tratamentului exclusiv patern. Obiecţiunea ridicată de acest autor nu este, într'adevăr, lipsită de greutate, fiind bine cunoscută astăzi acţiunea atenuantă pe care factorul *timp*, singur, şi fără intervenţia nici unui tratament, o poate exercita adesea asupra indicelui de nocivitate a sifilisului mamei faţă de urmaşi.

Aşa privind lucrurile, putem zice că rolul atribuit mai înainte tratamentului exclusiv al tatălui în profilaxia sifilisului moştenit, cât şi argumentul indirect ce s'a căutat a se trage de aci în sprijinul moştenirii *ex patre* a sifilisului, şi-au pierdut în bună parte semnificarea lor de odinioară.

c) Al treilea argument invocat în favoarea moştenirii paterne a sifilisului este acela care se bazează pe existenţa cazurilor cunoscute în literatură sub numele de *«excepţiuni la legea Colles-Baumès»*. In astfel de cazuri, despre care ne-am mai ocupat deja, este vorba, în esenţă, după cum se ştie, de copii sifilitici, născuţi din mame sănătoase în aparenţă şi care copii, contrariu spiritului faimoasei legi, au fost totuşi capabili, să-şi infecteze mamele lor. S'a putut deci zice, în bună logică, că aceşti copii, neputând datora sifilisul lor mamei (infecţiunea ulterioară a acesteia, constituind cea mai bună dovadă că până în acel moment ea rămăsese indemnă), ei nu l-ar putea deţine, prin excluziune, decât de la celalt genitor, adică de la tată.

Deşi, cum am mai avut ocazia s'o spunem, o bună parte din cazurile publicate drept excepţiuni la legea *Colles-Baumès*, sunt astăzi contestate ca atari, sau interpretate altfel decât în sensul menţionat mai sus, nu e mai puţin adevărat însă că, oricât de severă ar fi critica la care astfel de cazuri ar fi supuse, rămâne un număr din ele pe care avem dreptul să le considerăm la adăpost de orice obiecţiuni şi care, cu toată raritatea lor, constituesc, am putea zice, unul din faptele cele mai turburătoare din domeniul mul discutatului sifilis congenital patern.

d) In fine, ajungem acum la ultimul argument relativ la chestiunea moştenirii paterne, argument care s'a făcut mult caz odinioară, anume acela referitor la aşa zisul *«sifilis concepţional»*. Se ştie că *Fournier* a descris, sub această denumire, o formă de infecţiune sifilitică ceva mai aparte, după părerea sa, pe care a crezut-o specială

femeii însărcinate, şi care s'ar singulariza, după dânsul, prin două ordine de fenomene :

a) prin absenţa, la femee, a sifilomului primar şi a adenopatiei satelite, infecţiunea revelându-se în astfel de cazuri direct prin manifestări de ordin secundar şi *b)* prin absenţa la bărbat, în momentul procreaţiunii, a oricărei leziuni vizibile a organelor genitale externe, cărora să li se poată atribui infecţiunea femeii.

S'a conchis din acest complex de fapte că, deoarece soţul nu poate fi făcut responsabil de îmbolnăvirea femeei, această îmbolnăvire n'ar putea fi atribuită decât fătului care, deţinând infecţiunea sa exclusiv de la tată (capătă anume, după *Fournier*, în chiar momentul concepţiei, de unde şi denumirea de sifilis «concepţional»), a putut-o, la rândul său, transmite mamei, în cursul vieţii intrauterine, printr'un mecanism pe care dânsul a căutat să-l plasticizeze prin expresia de «*choc en retour*».

Trebue să adăogăm însă că concluziile ce s'au tras odinioară din faptele menţionate, nu mai pot fi astăzi invocate în favoarea moştenirii sifilisului de la tată, întrucât doctrina sifilisului concepţional, în jurul căreia s'a făcut pe timpuri atâta vâlvă, este astăzi complect abandonată, faptele care au servit la edificarea sa fiind actualmente înţelese cu totul altfel ca odinioară. Intr'adevăr, aceste forme de sifilis, lipsite de poartă de intrare vizibilă, şi care de fapt nici nu aparţin în mod exclusiv femeii însărcinate, aşa cum credea *Fournier*, sunt astăzi interpretate, cum am mai avut deja ocazia s'o spunem, ca expresiunea unor inoculări *pauci-spirochetice*, realizate prin intermediul spermei, şi care, din această cauză, se comportă de cele mai multe ori ca nişte infecţiuni decapitate, fără desvoltare de şancăr, la locul de inoculare

In felul acesta putem uşor înţelege astăzi, atât lipsa, în asemenea cazuri, a sifilomului primar la femee, cât şi absenţa de leziuni externe ale organului genital la bărbatul contaminator, două fenomene a căror interpretare eronată a putut conduce odinioară la concepţia, perimată astăzi, a sifilisului concepţional.

Din cele expuse, rezultă că existenţa sifilisului moştenit, de origine exclusiv paternă, admisă odinioară de majoritatea sifiligrafilor ca un lucru bine stabilit, este astăzi din cele mai discutate, fiecăruia din argumentele invocate în favoarea sa, opunându-i-se altele, de valoare egală, tinzând a le respinge, sau a diminua importanţa lor.

Ţinem de altfel să observăm că toate discuţiunile ce se fac în jurul acestei chestiuni, conduse cele mai adeseori pe bază de ipoteze şi de idei preconcepute, sunt condamnate să rămână sterile, până în ziua când se va produce «faptul nou» şi indiscutabil, care să permită rezolvarea definitivă a problemii într'un sens sau altul.

Ceeace se poate spune pentru moment este că, *cu toată existenţa unui număr de prezumţiuni şi fapte de observaţie, care sunt de natură a face plauzibilă posibilitatea unei infecţiuni germinative*, (adică a unei transmisiuni exclusive a sifilisului de la tată), *realitatea acestui lucru nu este încă ştiinţificeşte demonstrată.*

Mai adăogăm că chiar dacă acest mod de transmitere al infecţiunii sifilitice la descendenţi, ar fi real, el n'ar putea fi considerat decât ca o modalitate excepţională. Intr'adevăr, niei o comparaţie nu s'ar putea stabili, din punctul de vedere al frecvenţei lor posibile, între transmiterea maternă şi cea paternă, prima având înaintea sa, pentru a se putea realiza, tot intervalul ce se scurge de la desvoltarea placentei până la naştere, pe când cea de a doua, adică cea paternă, nedispunând, pentru aceasta, decât de momentul restrâns al fecundaţiunii, sau cel mult de cele câteva zile care îi succed, ea mai fiind în acelaş timp condiţionată şi de virulenţa spermei care, deşi reală, este departe de a fi constantă.

Concluzia practică pe care o putem trage din toate consideraţiunile expuse mai sus este următoarea: Infecţiunea mamei fiind principalul, dacă nu excluzivul isvor de transmitere a sifilisului la descendenţi, toate sforţările noastre menite să asigure profilaxia sifilisului moştenit, se cuvine să fie, în primul rând, îndreptate asupra femeii bolnave, al cărui tratament va fi condus cu toată rigoarea necesară şi în strictă concordanţă cu exigenţele tratamentelor moderne, sterilizante.

Totodată, autorizaţia de căsătorie a unei femei sifilitice, faţă de care, pentru motivele exprimate mai sus, suntem datori să fim mai severi chiar decât pentru bărbat, cât şi încuviinţarea unor noi maternităţi, în cazul când femeea a avut deja naşteri anterioare de copii sifilitici, nu vor fi acordate înainte de a ne fi formar ferma convingere a vindecării lor, nu numai ca femei, dar dacă ne-ar fi permis să ne exprimăm astfel, şi ca mame.

BIBLIOGRAFII

Vom Naturbeobachten zum Naturforschen (Dela observarea naturii la cercetarea naturii) von Dr. **August Heisler.** 1 vol. 94 pag. Hippokrates-Verlag Marquardt & Cie Stuttgart 1939. . . RM. 2,80 (cartonat).

Autorul este un partizan convins al medicinei naturiste. Pornind dela deviza: «teoriile trec, faptele rămân» şi bazat pe o experienţă de treizeci de ani, ca medic de plasă, el expune patru mari captole de terapie empirică şi anume: băile calde prelungite şi băile fierbinţi ca remediu de mare eficacitate, până acum prea puţin întrebuinţat în terapeutică; — aşa numitele boli prin răceală; — auto-intoxicaţiunile gastro-intestinale; — bolile ce pot fi foarte favorabil influenţate prin pulberea de cafea.

Scrisă într'un stil clar şi vioi, lucrarea D-rului Heisler se citeşte cu interes, constituind o serie de observaţii personale, supuse cu loialitate controlului ştiinţei oficiale.

L'année medicale pratique. Volume annuel, publié sous la direction du **Dr. C. Lian,** Prof. Agrégé à la Faculté de Médecine.

300 articole scurte clasate în ordine alfabetică, expunând achiziţiile noui şi practice în medicina internă şi generală, chirurgie, obstetrică, specialităţi şi chestiuni profesionale.

25% reducere subscritorilor cari vor trimite înscrierea lor înainte de 15 Aprilie şi suma de:

33 franci francezi, editorului: *R. Lepine* 39 rue d'Amsterdam, Paris c). Cecuri poştale Paris 712.04.

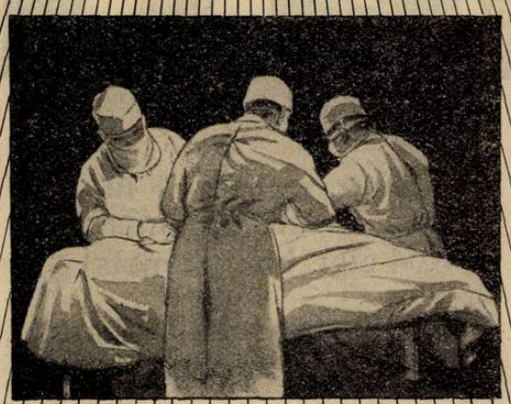
Die Malaria-Überträger. Eine Zusammenstellung der wichtigen Anopheles-Arten mit Angaben über Verbreitung, Brutgewohnheiten, Lebensweise und praktische Bedeutung. (Agenţii transmiţători ai malariei. O clasificare a speciilor importante de anofeli, cu date asupra repartizării geografice modalităţilor de reproducere şi de viaţă şi importanţei practice) von **Dr. Fritz Weyer,** wissenschaftl. Assistent am Tropeninstitut Hamburg. Mit Geleitworten von Prof. Dr. *P. Mühlens* und Prof. Dr. *E. Martini.* 1 vol. 142 pag. şi 15 figuri. Georg Thieme, Verlag, Leipzig 1939. RM. 9.80 (legat). Reprezentant pentru România Librăria Medicală H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria, Nr. 28.

Descoperirea agenţilor transmiţători ai malariei, de către Ross şi Grassi, pe la sfârşitul secolului trecut, a elucidat problema epidemiologiei paludismului şi a pus totdeodată bazele unui tratament raţional, eficient. S'a crezut atunci că în scurt timp, cel mai târziu în treizeci de ani, malaria va dispare de pe glob. Din nefericire aceeastă speranţă nu s'a ralizat. Diversele publicaţii ulterioare stabilind poliformismul extrem al anofelilor au determinat un adevărat scepticism terapeutic. Situaţia s'a schimbat însă prin constatarea că numai o mică parte din speciile de anofeli transmit malaria.

După ce arată repartizarea geografică a principalilor agenţi transmiţători ai malariei, autorul descrie minuţios aceeşti anofeli, în ordine alfabetică, insistând cu deosebire asupra modalităţilor lor de reproducere şi de viaţă.

Pentru hemostază

MANETOL



In hemoragii ale traectului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale, vezicale, etc. Ca profilactic înainte de operaţiuni şi pentru prevenirea hemoragiilor postoperative

Ambalaje originale

Cutii cu 5 fiole Manetol de 10 unit biologice
Cutii cu 25 fiole de câte 10 unit. biologice

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 3-722.

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabainã sensibilizează miocardul la digitalinã permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^1/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^2/_{10}$ mg. ouabainã crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

SOLMUTH

Bismut liposolubil în fiole de 1 cc. conţinând 4 ctgr. bismut metal.

Stabilitate absolută. Complect nedureros.

Cutii 6, 12 şi 50 fiole

Codex S. A. R., Cal. Şerban-Vodă 41, Bucureşti

REVISTA CARŢILOR

Dr. H. M. Fay: Inteligenţa şi Caracterul. Anomaliile lor la copil. *Elemente de Psihologie şi Psihiatrie infantilă pentru educatori. Traducerea în limba română* **de V. P. Nicolau.** Editura «Cultura Românească» Bucureşti.

Această carte foarte interesantă prin subiectul ce tratează este destinată, în primul rând educatorilor de toate categoriile. Este o lucrare medicală menită să informeze pe orice intelectual asupra unor probleme de psihologie patologică a căror cunoaştere pe o scară mai întinsă este foarte necesară.

Publicarea în limba română a volumului d-lui dr. Fay este foarte bine venită, întrucât şcoala românească traversează în prezent o epocă de reînoire din dublu punct de vedere: naţional şi pedagogic.

Pe aceste două planuri şcoala noastră urmează o veche şi glorioasă tradiţe. In adevăr, până la războiul trecut şcoala, de toate categoriile, a format spiritual, numeroase serii de elevi pentru ziua cea mare a războiului de întregire a neamului românesc de pretutindeni, într'un Stat unitar.

Intr'o foarte mare măsură, am reuşit, graţie acestei pregătiri sufleteşti, fără de care nu se poate duce nici acţiunea războiului şi mai ales nu se pot înfăptui marile reforme politice şi naţionale ale unui popor.

Din punct de vedere pedagogic, şcoala românească, printr'un efort continuu al conducătorilor ei, s'a ţinut în curent cu evoluţia concepţiilor pe care specialiştii de pretutindeni, le-au promovat.

In prezent, şcoala activă, şcoala dinamică, atât de bine completată prin străjerie, urmăreşte cu un succes care se afirmă din ce în ce mai mult, creşterea nouilor generaţii într'un spirit de solidaritate naţională, de serioasă pregătire tehnică şi de bună educaţie sufletească.

Pe plan pedagogic, şcoala românească, în curent cu nouile metode pe care această ştiinţă le-a experimentat şi introdus în practică, urmăreşte o aplicare a lor, adaptându-le condiţiilor sociale şi psihologice ale mediului românesc.

In această mişcare generală de elan patriotic şi de progres ştiinţific, membrii corpului nostru didactic simt nevoia de a se informa cât mai complet şi de a se documenta, cât mai temeinic, în disciplinele cari au contingenţe cu pedagogia şi cari pot ajuta soluţionarea unor probleme de educaţie şi de organizare şcolară.

De altfel acest fapt se observă în toate ţările civilizate, unde a înflorit o bogată literatură, tocmai din cauza nevoii pe care membrii corpului didactic au simţit-o, de a privi problemele sub un orizont cât mai larg.

Medicina în general şi Psihiatria infantilă, în special, au clarificat unele dintre cele mai dificile probleme pedagogice, aducând soluţiuni definitive urmate de rezultate impresionate.

Schiţându-le, vom face să reiasă, mai bine decât prin aprecieri personale, valoarea lucrărei care a ocazionat rândurile de faţă.

Cursurile şcoalei moderne, dela primele clase primare până la cele din urmă ale liceului, trebue să constitue pentru elevi, ca şi pentru profesori, cea mai mare plăcere a vieţii lor. Activitatea şcolară trebue să fie şi pentru unii şi pentru alţii, un prilej de satisfacţii intelectuale, care se integrează idealurilor lor generale de viaţă.

Elevii nu trebue să înveţe nici de frica pedepsei, nici în speranţa recompensei. Ei trebue să fie stimulaţi în activitatea lor numai de dorinţa de a se instrui, din dragostea pentru ştiinţă şi din pasiunea pentru adevăr.

Către o astfel de şcoală tinde pedagogia contimporană şi ea este pe cale de realizare.

Pentru a o înfăptui se cer multe condiţiuni.

Cea dintâi este aceea de a avea profesori buni şi elevi normali, perfect desvoltaţi din punct de vedere intelectual, în raport cu vârsta lor.

O problemă extrem de dificilă pentru şcoală, este aceea a copiilor care se situează la limita vieţii psihologice normale. Anomaliile ce prezintă, interesează numai unele din facultăţile intelectuale şi aceste turburări sunt de multe ori inaparente la prima vedere.

Chestiunea copiilor anormali, ridică deasemenea o serie de probleme de ordin medical, pedagogic, şcolar şi social.

Pentru a remarca anomaliile psihologiei infantile şi pentru a şti să se comporte faţă de ele, profesorii de toate categoriile trebue să aibă cunoştinţe foarte precise în acest domeniu.

Lucrarea d-lui dr. *Fay*, urmăreşte tocmai să pună la dispoziţia educatorilor aceste cunoştinţe de psihologie patologică infantilă.

D-sa este un strălucit specialist în Psihiatria infantilă ramură medicală care a luat în ultimii ani, o mare desvoltare nu numai din cauza importanţei ştiinţifice a problemelor ce ridică, dar mai ales pentru randamentul social ce este menită să aibă.

Psihiatria infantilă a lămurit pe plan ştiinţific, multe din problemele pe care psihologia clasică nu le putea soluţiona.

Această disciplină, intrând din ce în ce mai mult în practica de toate zilele, a exercitat o influenţă binefăcătoare asupra metodelor pedagogice.

Lucrarea de faţă, care a avut în Franţa un succes răsunător, arată cu preciziune, anomaliile psihologice ale copiilor de toate vârstele, explicându-le geneza lor şi indicând comportarea medicală şi pedagogică, cea mai potrivită.

Cartea d-rului *Fay* se adresează, în primul rând, membrilor corpului didactic. Ea va constitui o lectură interesantă şi utilă în acelaş timp, pentru medicii şcolari, cărora le-o recomandăm, în mod călduros.

* * *

D. profesor *Nicolau*, unul din cei mai distinşi protagonişti ai pedagogiei româneşti, din noua generaţie, face un real serviciu şcoalei noastre naţionale, prin traducerea şi publicarea acestei lucrări.

Ea va completa, în mod fericit, pregătirea profesională a membrilor corpului didactic, deschizând totdeodată perspective interesante pentru inovaţiuni utile în organizaţia noastră şcolară.

Prof. Dr. P. TOMESCU

Diseases of the digestive system by E. Rosenthal M. D. - H. Kimpton 263 High Holborn London W-ci Editor. Un volum de 396 pagini cu 234 figuri, dintre cari 104 colorate şi 16 planşe.

Ceeace caracterizează această lucrare care tratează un subiect de strictă specialitate, — patologia, diagnosticul şi tratamentul boalelor aparatului digestiv — este modul de expunere.

Spre deosebire de lucrările asemănătoare accesibile unui public medical restrâns, acest tratat se adresează studenţilor şi medicilor practicieni.

Fără a omite noţiunile şi teoriile curente, insistând asupra tuturor problemelor — atât de complexe — pe cari le întâlnim în patologia digestivă, autorul reuşeşte să dea un aspect clinic şi în special didactic, acestui important capitol de patologie.

Tendinţa de specializare şi de dispărţire în grupuri distincte în domeniul medicinei interne, nu prezintă foloase, deoarece un organ sau un sistem în suferinţă nu poate fi izolat de funcţiunea întregului organism. Călăuzit de acest principiu, autorul în descrierea afecţiunilor aparatului di-i gestiv notează toate manifestaţiunile clinice, încercând pentru toate să stabilească relaţiunile fizio-patologice.

Pentru a uşura memorizarea şi lectura, autorul foloseşte figuri interpretative şi scheme cari dau lucrării o deosebită valoare didactică şi informativă.

O deosebită atenţiune dă autorul capitolului consacrat tratamentului.

I. DANIEL

Noua lege de organizare a Colegiului Medicilor

Discursul D-lui Profesor Dr. N. Hortolomei, Ministrul sănătăţei publice, — ţinut la Senat

Proiectul acesta de lege pentru organizarea Colegiului Medicilor, supus astăzi desbaterilor domniilor voastre, corespunde următoarelor două necesităţi nediscutabile:

Mai întâi în cadrul noului regim constituţional, organizat prin pactul fundamental de la 27 Februarie 1938, Corpul medicilor trebue organizat, ca şi corpurile tuturor celorlalţi profesionişti, pentru a corespunde sistemului de organizare pe profesiuni şi a-şi putea exercita drepturile prevăzute prin Constituţie pentru corpurile constituite în Stat.

In al doilea rând, am crezut necesar să venim cu acest proiect, pentru ca, în cadrul unei legi speciale de organizare şi funcţionare profesiunea de medic să fie reglementată, iar corpul medicilor să capete o organizare potrivită importantei sale misiuni.

Până astăzi nu avem o lege specială pentru organizarea Colegiului Medicilor. Vom găsi doar dispoziţiuni în legile sanitare din 1930 şi 1938.

Aşa dar, organizarea Corpului medicilor în spiritul nouilor aşezări ale vieţii naţionale de Stat şi potrivită cu importanţa profesiunii medicale, acestea au fost motivele cari ne-au îndemnat să supunem spre desbatere şi aprobare proiectul de lege pentru organizarea Colegiului Medicilor.

Acest proiect a fost trimis şi în cercetarea Colegiului central al medicilor cum şi secţiunilor judeţene, cari, constatând lipsurile şi defectele după cari funcţiona vechiul colegiu, ne-au dat sugestiuni importante, cari au fost luate în consideraţiune.

După dispoziţiunile art. 36 din acest proiect, Colegiul Medicilor urmează să se contopească cu Asociaţiunea generală a medicilor din România, într'o singură organizaţie profesională, denumită Colegiul Medicilor.

Această măsură am luat-o de acord cu conducătorii Asociaţiunii generale a Medicilor şi în scopul unei bune organizări profesionale. Proiectul prevede că întreg patrimoniul Asociaţiei trece asupra Colegiului. Consiliul Legislativ, prin avizul său, este de părere că această dispoziţiune ar fi contrară principiului înscris în art. 16 din Constituţiune, care apără proprietatea. Deşi nu sunt jurist, cred că această chestiune nu se poate pune în discuţiune, din moment ce Asociaţiunea Medicilor este o societate privată, fără scop lucrativ, iar Colegiul Medicilor este chemat să îndeplinească, pe lângă alte atribuţiuni, şi acelea conferite Asociaţiei generale a medicilor, prin statutele sale.

Era şi necesar să se contopească într'un singur corp pentru că numai unul din ele poate avea reprezentanţi în Senat şi poate susţine interesele Corpului Medical. Şi apoi, deşi Asociaţiunea Medicilor are o vechime de aproape 43 de ani, cu un trecut foarte interesant şi singură, multă vreme, prin reprezentanţii ei a exprimat toate aspiraţiile Corpului Medical, mai ales în ce priveşte înfăptuirile sanitare pe care le cerea timpul, totuşi ea singură a cerut înainte de 1930, în nenumărate rânduri, înfiinţarea Colegiului Medicilor. Cele mai de seamă personalităţi medicale s'au perindat la conducerea ei. Pentru tot ce aceste personalităţi au însemnat în medicina românească, găsesc prilej să le aducem prinosul nostru de recunoştinţă.

Scopul şi atribuţiile colegiului

Domnilor Senatori, dacă trecem acum la examinarea scopului Colegiului şi atribuţiunilor lui, aşa cum rezultă din textele proiectului de faţă, constatăm că prin proiect s'au stabilit

D-l Profesor Dr. N. Hortolomei

o serie de dispoziţiuni menite să reglementeze profesiunea medicală, în aşa fel, încât să-i asigure prestigiul şi propăşirea în cadrul vieţii naţionale de Stat şi în armonie cu interesele superioare ale naţiunii.

Exerciţiul profesiunii este condiţionat în afară de dobândirea diplomei de medic şi libera practică şi de înscrierea în Colegiu, care se face la sediul secţiunii judeţene, unde medicul urmează să-şi exercite profesiunea.

Pentru a fi înscris în Colegiu, petiţionarul trebue ca în afară de condiţiile de studii să aibă cetăţenia română, exerciţiul drepturilor civile şi să nu fie incompatibil sau nedemn. Am prevăzut în proiect cazurile de incompatibilitate şi nedemnitate.

In aceste condiţiuni vroim să asigurăm un prestigiu mai mare profesiunii medicale şi o supraveghere a modului cum se exercită în general profesiunea de medic.

Corpul medicilor este un corp de elită, cu el ne putem mândri, dacă actuala lege prevede aceste măsuri ele se referă la foarte puţini, căci sunt puţini acei cari se abat dela exercitarea în mod onorabil a profesiunei.

Trebue să recunoaştem că dintre profesiunile libere, aceea de medic este cea mai frumoasă prin misiunea ei, dar şi cea mai grea şi cea mai plină de răspundere în exerciţiul ei. Cu toate acestea recompensarea profesionistului medic pentru munca sa care-i angajează timpul, libertatea şi chiar viaţa, este cu totul redusă. Numai medicii ştiu câte frământări sufleteşti, câte griji, câte emoţii, câtă uzură aduce această profesiune de alinare a suferinţei omeneşti. Ei au o înaltă conştiinţă de misiunea lor, căci e formată lângă durere şi suferinţă, de aceea îşi identifică viaţa cu profesiunea şi fac din ele un apostolat.

Dar pe cât de chinuitoare şi frumoasă, această profesiune este umanitară şi deci prin definiţie desinteresată.

De aceea nu am putut prevedea în lege dreptul pentru medici la un onorariu minimal, aşa cum există în toate legile pentru organizarea profesiunilor libere, pentrucă prin însuşi misiunea lui, medicul este dator să dea asistenţă acolo unde există suferinţă şi nu se poate sustrage acestei obligaţiuni morale pentru motive de ordin material.

Dar dacă principiul onorariului minimal nu poate fi legiferat, în orice caz se simte nevoia cel puţin de a stabili retribuţiuni minimale. De aceea am prevăzut între atribuţiunile Colegiului dreptul de reglementare a onorariilor şi fixării unui minimum de retribuţii pentru medicii angajaţi la instituţiunile particulare. Există astăzi medici la întreprinderile particulare cari primesc salarii ridicole, absolut necorespunzătoare atât pregătirii cât şi muncilor lor. Vom căuta, pe cât va fi posibil, să ameliorăm această situaţie.

Am întotdeauna prezent în spirit îndatoririle medicilor funcționari, — ele sunt multiple și greu de îndeplinit — de aceea sunt de admirat pentru munca lor susținută și efectuată în condițiuni atât de grele, mai ales în împrejurările de astăzi când sunt permanent mobilizați pentru luarea măsurilor cele mai sigure și cât mai minuțioase în scopul de a combate bolile infecțioase care ar putea să dea nestăvilite, epidemii cu caracter de o gravitate excepțională; numai datorită muncii lor devotate și patriotice, situația este stăpânită din acest punct de vedere. Profit de această ocazie dela această tribună, pentruca în calitate de medic și de ministru al Sănătății să aduc Corpului medical civil și militar din țară, toate mulțumirile mele recunoscătoare pentru munca neprecupețită pe care o desfășoară.

In lege se prevede ca să se creeze și să se sprijine instituțiuni de prevedere și asistență pentru medici și familiile lor. Se crede în general că medicii reușesc prin practica profesiunii să-și facă o situație materială înfloritoare; se exagerează chiar mult în această direcțiune. Realitatea este cu totul alta: sunt puțini acei medici cari au ajuns să-și asigure bătrânețea, din contră, sunt foarte mulți aceia cari atunci când nu mai pot practica, trebuesc ajutați. Iată dece măsura este bine venită.

Domnilor Senatori, am prevăzut în proiect organele chemate să aprobe înscrierile în Colegiu și să supravegheze exercițiul profesiunii medicale. Am fost preocupați în această privință numai de necesitatea prestigiului acestui Corp și a practicei conștiincioase și demne a profesiunii.

Această reglementare se impune cu atât mai mult astăzi, când legea de organizare a ministerului Sănătății, a prevăzut specializarea și anumite condițiuni pentru ca un medic să se poată intitula specialist. In epoca noastră, medicul universal practicând medicina cu toate ramurile sale, va rămâne tot mai rar, căci se cere din ce în ce mai multă specializare. Statul, comuna, spitalele, administrațiile publice, societățile de asigurare și mai ales publicul recurge la specialiști. Colegiului medicilor îi revine și sarcina de a observa modul cum se practică specialitățile medicinei.

Am căutat să înlăturăm arbitrariul prin organizarea unor căi de atac atât împotriva deciziunilor sau întârzierilor referitoare la înscrierea în Corp, cât și a celor disciplinare, recunoscând în ultima instanță, un drept de recurs la Casație, pentru ca să avem astfel o bună măsură de legalitate. In fine am prevăzut dispoziții pentru urmărirea celor ce-și vor atribui sau vor întrebuința fără drept titlul de medic sau vor practica în mod ilicit medicina.

Practica ilicită a medicinei

Voesc să dau o explicațiune asupra practicei ilicite a medicinei pentru a arăta ce am înțeles prin această și a înlătura o confuziune precum și eventual a aviza asupra unei mai clare redactări a textului.

Prin practica ilicită a medicinei se înțelege după noi, comportarea unei persoanei necalificate ca și când ar fi medic, făcând anumite prescripțiuni medicale sau administrând medicamente și tratamente, ori practicând chiar operațiuni chirurgicale. Dacă nu poate fi considerat ca practică ilicită a medicinei faptul că cineva, în mod ocazional și întâmplător, recomandă unei cunoștințe un anumit medicament, el nu poate fi admis când acel cineva este farmacist sau droguist, sau când o face în mod repetat. Fiecare să rămână în cadrul pregătirii și a răspunderilor sale.

Este necesar ca unii dintre farmaciști și droguiști să aibă acea înaltă conștiință a răspunderii și să nu vândă fără prescripție medicamente dintre acelea cari au contra indicațiuni și pe cari numai medicul le poate constata și cunoaște. Nimeni nu se gândește să oprească vânzarea unor medicamente uzuale și cari nu sunt nocive — sau care nu au contra-indicațiuni prea cunoscute — dar, pentru apărarea sănătății publice socotesc că avem datoria de a pune capăt unei dăunătoare stări de lucruri. Chiar din unele recomandări și prescripțiuni în aparență inofensive pot rezulta consecințe foarte serioase și uneori de o gravitate excepțională pentru acei cari iau medicamente ce nu au fost prescrise de medic. Să-mi fie permis să aduc câteva exemplificări demonstrative: acel pyramidon așa de comun întrebuințat, știut este că la cei cari suferă de cord produce palpitațiuni, dar luat în doze mai mari și continui poate provoca o boală de o gravitate excepțională — Agranulocitoza — o scădere a globulelor albe din sânge. Iodul, medicamentul atât de mult întrebuințat și el poate fi în anumite cazuri vătămător. A ajuns o tradiție ca cineva când împlinește 45 de ani să înceapă a lua iod pentru a preveni arterio-scleroza. Totuși se știe că luat în cantitate mare și fără o prealabilă cercetare medicală, poate la cei predispuși, să provoace apariția unei maladii Basedow exagerând secreția glandei tiroide, poate deschide la un vechiu tuberculos un proces vindecat, provocând o congestie, poate predispune la cancerizarea unei tumori de natură bună.

Specialitățile medicale sunt tot așa de dăunătoare când nu sunt administrate așa cum trebue.

Sunt bolnavi cari au colibacili în urină și au diverse turburări — ori preparatele pe bază de acid mandelic dau cele mai bune rezultate în aceste cazuri. Unii farmaciști și droguiști le recomandă fără prescripțiune medicală; preparatele acestea acidifică urinele — ele sunt însă contra-indicate la bolnavii cari suferă în acelaș timp de ficat sau sunt diabetici, căci la aceștia le poate provoca o acidoză și chiar moartea. Unde este competința și criteriul după care se conduc farmaciștii și droguiștii?

Exemple de acestea pot fi foarte multe aduse.

* * *

Domnilor senatori, pentru asigurarea prestigiului profesiunii am prevăzut în art. 37 măsuri pentru a împiedica reclama cu caracter comercial a medicului. Medicul trebue să-și asigure reputația și clientela numai prin muncă onestă și prin mijloace demne. Pentru aceasta o firmă sau un anunț care să indice orele de primire și specialitatea le socotim suficiente. De aceea am interzis orice mijloace de comercializare a profesiunii, fie prin reclamă inadmisibilă, fie prin intermediar sau chiar conferințe în scop lucrativ. Vom desvolta prin regulament aceste dispoziții, dând în competența Colegiului medicilor să aprecieze în fapt, dela caz la caz, mijloacele îngăduite pentru ca medicul să se poată face cunoscut, dar numai dintre acelea compatibile cu demnitatea profesională. Nu voim cu niciun preț ca prin mijloace lăturalnice, să fie înșelată buna credință a pacienților, cari câteodată se lasă influențați de miracolul unor reclame care se fac mereu și depășesc limita oricărei bune credințe, făcând din pacient o victimă.

D-lor senatori, acestea sunt explicațiunile pe care am ținut să vi le dau. Cred că proectul reprezintă o ameliorare a condițiunilor existente privitoare la exercițiul profesiunii medicale și conține dispoziții utile pentru apărarea sănătății publice.

De aceea vă rog domnilor senatori, să dați aprobarea dv. acestui proect de lege.

* * *

Proectul de lege pentru organizarea Colegiului medicilor a fost votat de Senat, raportor fiind D-l Profesor Dr. Iacobovici, senator al Corpului medical.

Publicăm mai departe textul legii așa cum el a ieșit din desbaterile Senatului.

In ziua de 11 Martie această lege a fost discutată la Cameră, raportor fiind D. Prof. Dr. V. Rășcanu, deputat.

Cu acest prilej D-l Prof. Dr. N. Hortolomei, Ministrul Sănătății, a pronunțat un nou discurs.

Textul legei pentru organizarea Colegiului medicilor aşa cum a fost votat de Senat

ART. 1. — Colegiul medicilor este organul oficial care reprezintă interesele profesiunii medicale, asigură propăşirea acestei profesiuni şi păstrează prestigiul ei în cadrul vieţii naţionale de Stat şi în armonie cu interesele superioare ale naţiunii.

Colegiul medicilor este persoană juridică de drept public şi cuprinde pe toţi doctorii în medicină şi chirurgie, domiciliaţi în ţară şi autorizaţi să practice profesiunea medicală.

CAPITOLUL I

Atribuţiuni

ART. 2. — Colegiul medicilor are ca atribuţiuni principale:

a) de a veghea la aplicarea legilor şi regulamentelor care organizează şi reglementează exerciţiul profesiunii, precum şi la respectarea principiilor de dentologie medicală;

b) de a sprijini orice acţiune de ridicare şi de progres al culturii medicale;

c) de a se stabili norme pentru reglementarea onorariilor şi a fixa minimum de retribuţiune pentru medicii care sunt angajaţi de instituţiuni particulare;

d) a arbitra la cererea simultană a părţilor diferendele dintre medici şi instituţiunile particuare sau particulari;

e) de a crea şi sprijini instituţiunile de prevedere şi asistenţă pentru medici şi familiile lor;

f) a colabora cu autorităţile de resort la rezolvarea problemelor sanitare în care are competenţa tehnică.

CAPITOLUL II

Inscrierea în Colegiu

ART. 3. — Numai doctorii în medicină şi chirurgie, civili sau militari, având dreptul de liberă practică potrivit legilor în vigoare şi înscrişi în Colegiul medicilor, vor putea exercita profesiunea medicală.

Sunt obligaţi a se înscrie în Colegiu şi medicii funcţionari publici, chiar dacă prin legile lor organice sunt opriţi de a face clientelă particulară.

Contravenienţii la dispoziţiunile de mai sus, în afară de sancţiunile prevăzute de legile speciale, vor fi pedepsiţi conform art. 589 din codul penal.

ART. 4. — Înscrierea se face la sediul secţiunii judeţene a colegiului unde solicitantul îşi va exercita profesiunea.

Comitetul judeţean, primind cererea de înscriere, este obligat a o rezolva în cel mult 30 de zile.

Deciziunile vor fi afişate la sediul Colegiului şi se vor comunica individual, prin scrisoarea recomandată, celor interesaţi.

Contestaţiunile la înscrierea şi apelurile contra deciziunilor Comitetului judeţean vor fi făcute în termen de 10 zile libere dela publicare în caz de contestaţie, sau dela comunicare, în caz de apel.

Apelurile şi contestaţiile împreună cu dosarele respective se vor înainta în cel mai scurt timp Comitetului executiv al Consiliului superior.

Comitetul executiv este obligat a rezolva contestaţiile şi apelurile în cel mult 30 zile dela primirea dosarului.

Hotărîrile Comitetului executiv sunt definitive şi executorii.

Ele vor fi motivate şi se vor putea ataca cu recurs la Inalta Curte de Casaţie, care va judeca şi în fond.

In caz de nerezolvare a cererilor, contestaţiilor sau apelurilor, de către Comitetul judeţean sau Comitetul executiv, în termenele prevăzute mai sus, cei intersesaţi vor avea dreptul să se adreseze imediat instanţei superioare, care va judeca în apel sau recurs, după cazuri, pronunţându-se asupra însuşi fondului.

ART. 5. — Pentru a fi înscris în Colegiul medicilor se cer următoarele condiţiuni:

a) Cetăţenia română;

b) Exerciţiul drepturilor civile;

c) Diploma de doctor în medicină şi chirurgie şi autorizaţiunea de liberă practică eliberată de autoritatea în drept;

d) Să nu se găsească în vreunul din cazurile de nedemnitate sau incompatbilitate prevăzute în legea de faţă.

CAPITOLUL III

Incompatibilităţi şi nedemnităţi

ART. 6. — Exerciţiul profesiunii de medic este incompatibil cu:

a) Profesiunea de comerciant;

b) Profesiunea de farmacist;

c) Orice profesiune de natură a aduce o ştirbire demnităţii profesionale de medic.

CAPITOLUL IV

Drepturile şi obligaţiunile membrilor

ART. 8. — Membrii Colegiului se bucură de toate drepturile şi prerogativele conferite medicilor prin legile şi regulamentele de organizare a profesiunii medicale.

Ei vor avea o carte profesională şi vor putea purta o insignă.

ART. 9. — Membrii Colegiului sunt obligaţi:

a) Să se conformeze dispoziţiunilor prezentei legi şi regulamentelor în vigoare;

b) Să se supună deciziunilor organelor legale stabilite prin legea de faţă şi regulamentul ei de aplicare;

c) Să observe în orice împrejurare regulile de disciplină şi de colegialitate profesională;

d) Să achite regulat cotizaţiunile stabilite de organele Colegiului;

ART. 7. — Sunt nedemni de a practica profesiunea cei condamnaţi la pedepse ca autori sau complici, precum şi cei pedepsiţi pentru delicte şi crime care atrag după sine degradarea civică sau interdicţia corecţională.

e) Să exercite în mod obişnuit profesiunea lor numai în localitatea unde îşi au domiciliul real.

Se exceptează medicii balneologi în staţiunile balneare şi cazurile de consult medical.

CAPITOLUL V

Organizare

SECŢIUNEA I

Dispoziţiuni generale

ART. 10. — Colegiul medicilor este împărţit şi organizat pe judeţe.

Toţi medicii cu dreptul de liberă practică din cuprinsul unui judeţ, înscrişi în Colegiu, alcătuesc secţiunea judeţeană respectivă, cu sediul în capitala judeţului.

ART. 11. — Pentru coordonarea activităţii secţiunilor judeţene, unitatea de conducere şi exercitarea atribuţiunilor de for apelativ, Colegiul medicilor are organizarea centrală, al cărei sediu este în Capitala Ţării.

SECŢIUNEA II

Organe regionale

ART. 12. — Organele de conducerea administraţiei, control şi disciplină al secţiunei judeţene sunt:

a) Adunarea generală;

b) Comitetul judeţean;

c) Comisiunea de disciplină;

d) Comisiunea de control financiar.

ART. 13. — Adunarea generală se compune din totalitatea membrilor secţiunii judeţene respective.

Ea se întruneşte odată pe an, în sesiunea ordinară în cursul lunei Septemvrie, şi în sesiunea extraordinară, oridecâteori nevoia va cere, la convocarea preşedintelui secţiunii sau locţiitorului său.

Membrii vor fi înştiinţaţi, cu 15 zile înainte de data adunării, prin ziare şi anunţ la sediul respectiv.

Pentru sesiuni extraordinare, termenul de mai sus se poate reduce la 3 zile.

Ea este legal constituită, dacă la prima convocare vor fi prezenţi jumătate plus unul din membrii care compun secţiunea.

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDUREROS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

ANERTAN

Propionat al testosteronului în soluţie uleioasă

Preparat testicular

sintetic şi exact dozat

4 fiole cu câte 5 mg
4 fiole cu câte 10 mg
2 fiole cu câte 10 mg

Indicaţiuni:

♂
- Prostatism
- Neurasthenie
- Deficienţă sexuală
- Senilitate precoce

♀
- Mastopatii
- Dismenoree
- Incontinenţa urinei
- Nimfomanie

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

IN HIPERTONIE
ARTERIOSCLEROZĂ
ANGIOSPASME

HYPONITIN

DR. WANDER

DRAGEURI

Bromcalcuimtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv şi Calmant

OVOMALTINE

DR. WANDER

Aliment dietetic

După operaţiuni, regim în boli de stomac şi intestine, boli infecţioase acute şi cronice (gripă, pneumonie, tuberculoză) Cură de îngrăşare.

VALORI NUTRITIVE MARI IN VOLUM MIC

In spasme
Dureri interne şi postoperatorii
Dismenoree

NEO-LUVERIN

DR. WANDER

Tablete Supozitoare

Acţiune spasmolitică şi analgetică sigură

Mostre şi literatură trimite la cerere

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

In caz când nu s'ar întruni acest număr, a doua adunare generală se va ţine fără vreo altă convocare în a 8-a zi dela data celei precedente şi va fi valabil constituită cu orice număr de membri prezenţi.

ART. 14. — Adunarea generală are următoarele atribuţiuni:

a) Alege din sânul său, prin vot secret şi cu majoritate absolută, comitetul judeţean şi pe membrii comisiunii disciplinare şi ai comisiunii de control;

b) Examinează darea de seamă prezentată de Comitet şi aprobă gestiunea financiară a acestuia, dând descărcarea cuvenită.

ART. 15. — Comitetul judeţean se compune dintr'un preşedinte şi un număr de membri, toţi aleşi de adunarea generală pe termen de trei ani şi în proporţia următoare:

Secţiunile cu 1—200 membri vor avea 4 membri şi un supleant. Cele cu 201—500 membri vor avea 6 membri şi 2 supleanţi. Cele cu 501—1.000 membri vor avea 8 membri şi 3 supleanţi.

Cele cu mai mult de 1.000 membri vor avea 10 membri şi 4 supleanţi.

Dintre aceştia, cel puţin preşedintele şi doi membri vor fi aleşi dintre medicii domiciliaţi în capitala judeţului.

ART. 16. — Comitetul are următoarele atribuţiuni:

a) Primeşte şi rezolvă cererile de înscriere şi de transferare dintr'o secţiune în alta;

b) Intocmeşte tabloul membrilor secţiunii şi-l ţine la curent; şterge din controale numele celor decedaţi sau celor care au pierdut dreptul de a profesa, aducând la cunoştinţa Comitetului executiv al Colegiului schimbările survenite;

c) Exercită controlul practicei medicale în cuprinsul judeţului şi veghează la păstrarea prestigiului profesional, luând măsurile ce va crede de cuviinţă, ca primă instanţă;

d) Administrează bunurile Colegiului date în folosinţa Secţiunii judeţene, întocmeşte bugetul şi-l execută conform aprobării forurilor superioare;

e) Aduce la îndeplinire deciziunile Consiliului superior al Colegiului;

f) Formulează propuneri în chestiunile care interesează bunul mers al profesiunii şi le înaintează spre examinare şi deciziune Consiliului superior.

ART. 17. — Comitetul se întruneşte în mod obligatoriu odată pe lună şi oridecâteori preşedintele o cere.

Numărul minimum al membrilor cu care se poate lucra este de trei pentru secţiunile cu 4 membri, de 4 pentru pentru secţiunile cu 6 membri, de 5 pentru secţiunile cu 8 membri şi de 6 pentru secţiunile cu 10 membri.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenţi.

Votul preşedintelui este decisiv în caz de paritate.

ART. 18. — Membrii comitetului care vor lipsi nejustificat dela 5 şedinţe consecutive vor fi consideraţi ca demisionaţi.

Vacanţele produse în orice mod în comitet se vor completa de acesta, pentru restul timpului cât durează mandatul, prin cooptare şi sub rezerva ratificării de către prima adunare generală care fi convocată în acest scop.

ART. 19. — Gestiunile secţiunilor colegiului se fac după normele stabilite de Consiliul superior şi Comitetul executiv.

Controlul financiar se va exercita de Comisia de control financiar, compusă din 3 membri şi 3 membri supleanţi, aleşi pe termen de 3 ani de adunarea generală.

ART. 20. — Judecarea tuturor abaterilor profesionale ale medicilor este dată în competinţa unei Comisiuni de disciplină care va funcţiona pe lângă fiecare secţiune judeţeană.

Comisiunea de de disciplină se compune din 2 membri asesori şi 2 supleanţi, aleşi pe termen de 3 ani de adunarea generală.

Comisiunea va fi prezidată de primul-preşedinte al tribunalului local, sau de preşedintele tribunalului, acolo unde nu este prim-preşedinte.

SECŢIUNEA III

Organe centrale

ART. 21. — Organele centrale de conducere administraţie, control şi disciplină ale Colegiului medicilor sunt:

a) Consiliul superior;
b) Comitetul executiv;
c) Preşedintele Colegiului;
d) Comisiunea de control financiar;
e) Comisiunea centrală de disciplină.

El se întruneşte cel puţin odată pe an în sesiune ordinară, în cursul lunii Noembrie şi, oridecâteori nevoia va cere, în sesiune extraordinară, la convocarea preşedintelui Colegiului sau locţiitorului său.

Membrii Consiliului superior vor fi înştiinţaţi cu 15 zile înainte de data adunării, prin invitaţiuni personale.

In caz de sesiune extraordinară, termenul de mai sus se poate reduce până la 3 zile.

Consiliul superior este legal constituit, dacă vor fi prezenţi jumătate plus unul din membrii care îl compun.

In cazul când nu s'ar întruni acest număr, Consiliul se va ţine fără vreo altă convocare, în a 8-a zi dela data celei precedente şi va fi legal constituit cu orice număr de membri prezenţi.

ART. 23. — Consiliul superior are următoarele atribuţiuni:

a) Exercită supravegherea şi controlul practicei medicale ca for superior;

b) Examinează propunerile făcute de Comitetul executiv şi îşi dă avizul asupra propunerilor primite din partea secţiunilor judeţene;

c) Administrează averea Colegiului, aprobă bugetul întocmit de Comitetul executiv, precum şi bugetele secţiunilor judeţene;

d) Alege pe preşedintele şi membrii Comitetului executiv;

e) Alege pe membrii Comisiunii de control financiar şi pe acei ai Comisiunii centrale de disciplină;

f) Fixează cotizaţiile anuale obligatorii pentru membrii Colegiului;

g) Se pronunţă asupra chestiunilor de ordin material sau moral, care interesează profesiunea medicală şi ia măsuri de ordin general cu privire la îndrmarea şi conducerea Colegiului.

ART. 24. — Comitetul executiv se compune dintr'un preşedinte şi 4 membri.

Preşedintele Comitetului judeţean al judeţului Ilfov este de drept preşedinte al Consiliului superior şi al Comitetului executiv.

Membrii Comitetului executiv sunt aleşi prin vot secret şi cu majoritatea absolută de Consiliul superior dintre membrii săi, în sesiune ordinară.

Durata mandatului este de 3 ani.

Comitetul nu poate lucra şi lua hotărâri valabile cu mai puţin de 3 membri, inclusiv preşedintele.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenţi. Votul preşedintelui este decisiv în caz de paritate.

Comitetul ţine cel puţin 4 şedinţe pe an şi poate fi convocat de preşedinte oridecâteori nevoia va cere.

Comitetul va avea un secretar numit la propunerea preşedintelui şi care va fi un medic.

ART. 25. — Membrii Comitetului executiv care vor lipsi dela 5 şedinţe consecutive, vor fi consideraţi ca demisionaţi.

Vacanţele produse în orice mod se vor completa de Comitetul executiv pentru restul timpului cât durează mandatul, prin cooptare şi sub rezerva ritificării de către Consiliul superior la prima lui întrunire.

ART. 26. — Atribuţiunile Comitetului executiv sunt:

a) Indeplineşte însărcinările date prin delegaţie de Consiliul superior, iar în cazuri de urgenţă poate lua dispoziţiuni din proprie iniţiativă, rămânând ca măsurile luate să fie supuse ratificării Consiliului superior;

b) Alcătueşte bugetul său şi-l execu-

tă în limitele aprobării Consiliului superior;

c) Acceptă legatele şi donaţiunile făcute Colegiului;

d) Incheie acte şi convenţiuni necesare bunei funcţionări a Colegiului şi administrării averii acestuia;

e) Editează un buletin al Colegiului, în care se vor publica şi deciziunile Comisiunii centrale de disciplină;

f) Judecă apelurile şi contestaţiile împotriva hotărîrilor de înscriere în Colegiu.

ART. 27. — Preşedintele reprezintă Colegiul medicilor în faţa instanţelor judecătoreşti şi autorităţilor administrative.

El rezolvă cererile adresate Colegiului şi semnează corespondenţa care va fi totdeauna contrasemnată de secretarul general.

Aprobă cheltuelile în limita delegaţiunii dată de comitet şi ordonanţează sumele de plată.

Indeplineşte orice alte însărcinări date de Comitetul executiv în limitele atribuţiunilor acestuia.

Preşedintele Colegiului, pe tot timpul duratei mandatului său, va avea domiciliul în Capitala ţării.

In lipsa preşedintelui, cel mai în vârstă dintre membrii Comitetului îi va ţine locul.

ART. 28. — Comisiunea de control financiar se compune din 3 membri titulari şi 3 supleanţi aleşi de Consiliul superior în sesiune ordinară.

Durata mandatului membrilor este de 3 ani.

ART. 29. — Comisiunea centrală de disciplină se compune din 4 membri titulari şi 4 supleanţi, aleşi dintre membrii Colegiului, cu domiciliul în Capitala ţării.

Comisiunea este prezidată de un preşedinte al Curţii de Apel din Bucureşti, desemnat de Ministerul de Justiţie, la cererea Comitetului executiv şi pe termen de 4 ani.

CAPITOLUL VI

Alegeri

ART. 30. — Sunt eligibili:

a) In Comitetul executiv şi Comisiunea centrală disciplinară numai medicii înscrişi în Colegiu şi având o practică profesională de cel puţin 15 ani;

b) In Comitetul de secţiune judeţeană, în Comisiunile de control financiar şi în Comisiunile de disciplină judeţene numai cei cu o practică de cel puţin 10 ani.

ART. 31. — Vor putea vota nu mai medicii care vor fi în regulă cu plata cotizaţiunilor anuale.

CAPITOLUL VII

Urmăriri, acţiune disciplinară, sancţiuni

ART. 32. — Comitetele judeţene, prin preşedintele lor, sunt în drept să sezi-

seze parchetele respective şi autorităţile competinte, pentru urmărirea şi trimiterea în judecată a celor ce îşi vor atribui sau vor întrebuinţa fără drept titlul sau calitatea de medici, care vor practica în mod ilicit medicina, putându-se constitui parte civilă pentru daune morale sau materiale.

Prin practica ilicită a medicinei se înţelege faptul de a administra sau aplica în mod obişnuit medicamente şi tratamente, sau de a practica operaţiuni chirurgicale fără a fi medic.

ART. 33. — Membrii Colegiului care vor contraveni dispoziţiunilor privitoare la practica profesională sau care prin atitudinea lor vor lispi dela îndatoririle firesti ale profesiunii, vor fi trimişi în judecata Comisiunii disciplinare respective.

ART. 34. — Comisiunea de disciplină este sezisată de preşedintele secţiunii, fie din oficiu, fie în urma reclamaţiunii.

Preşedintele primind reclamaţiunea, însărcinează cu cercetarea cazului pe un membru din Comitet, care va asculta şi pe medicul învinuit, invitându-l pentru aceasta prin scrisoare recomandată.

După facerea cercetărilor se va încheia un raport care va fi înaintat preşedintelui.

Preşedintele, pe baza raportului, va decide dacă medicul învinuit trebue trimis sau nu în faţa Comisiunii de disciplină.

Preşedintele, dacă va fi nevoie, poate convoca pe medicul învinuit pentru a fi ascultat.

ART. 35. — Şedinţele Comisiunii nu sunt publice.

Medicul trimis în judecată va fi citat prin scrisoare recomandată, cu cel puţin opt zile libere înainte de termenul fixat pentru judecată.

El îşi va putea face apărarea înaintea Comisiunii de judecată, fie singur, fie asistat de un coleg sau un avocat.

Toate probele legale sunt admisibile în faţa Comisiunilor disciplinare.

ART. 36. — Deciziunile Comisiunilor de judecată vor fi motivate şi se vor redacta în termen de 10 zile dela pronunţare.

In contra deciziunilor Comisiunilor de disciplină judeţene se poate face apel la Comisiunea centrală de disciplină în termen de 15 zile dela pronunţare.

In caz când pronunţarea s'a făcut în lipsa celui condamnat, termenul va curge dela comunicarea deciziei.

Apelul va fi îndreptat la Comisiunea care a pronunţat decizia şi care, după primire, îl va înainta de îndată Comisiunii centrale împreună cu dosarul.

Deciziunile Comisiunii centrale de disciplină vor putea fi atacate cu recurs la Inalta Curte de Casaţie, care va judeca şi în fond.

Recursul este suspensiv de executare.

ART. 37. — Sunt considerate ca abateri profesionale în special:

a) Faptul de a profesa în mod obişnuit în altă parte decât în localitatea şi judeţul unde medicul este domiciliat şi înscris;

b) Faptul de a avea două sau mai multe cabinete. Se exceptează clinicile particulare şi sanatoriile;

c) Atragerea clientelei prin mijloace incompatibile cu demnitatea profesională, precum ar fi: întrebuinţarea de intermediari, reclame prin ziare şi anunţuri cu conţinut altul decât cel prevăzut de regulament, circulări şi conferinţe cu scopuri lucrative;

d) Faptul de a anunţa şi întrebuinţa aşa zise leacuri sau medicamente secrete, ori de a recomanda locul de procurare a medicamentelor;

e) Faptul de a uza de firme cu conţinut şi de dimensiuni diferite de cele ce se vor fixa de Comitetul executiv prin regulamentul privitor la deontologia medicală;

f) Atribuirea de titluri de specialist altele decât cele obişnuite şi prevăzute în legile şi regulamentele în vigoare;

g) Faptul de a uza de titluri pe care nu le posedă în mod legal;

h) Divulgarea secretelor profesionale fără autorizaţie legală;

i) Neplata cotizaţiilor fixate de organele Colegiului.

ART. 38. — Comisiunile de disciplină vor putea pronunţa, după gravitatea faptelor, următoarele sancţiuni;

a) Avertismentul oral;

b) Avertismentul scris şi publicat;

c) Ridicarea dreptului de a alege şi a fi ales în vreuna din demnităţile profesionale dela 1—3 ani;

d) Interdicţia temporară a practicei medicinii, dela o lună la un an;

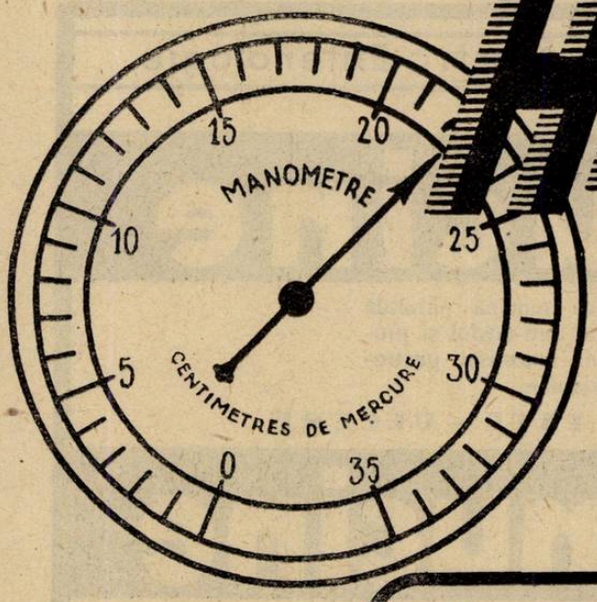
e) Excluderea din colegiu cu pierderea drepturilor profesionale şi a funcţiunii publice pentru medicii care sunt funcţionari publici.

Pedeapsa excluderii din Colegiu se va da numai în cazuri de recidivă.

CAPITOLUL VIII

Dispoziţiuni finale şi transitorii

ART. 39. — Colegiul medicilor din România astfel cum este organizat prin legea de faţă şi Asociaţia Generală a Medicilor din Romnâia, recunoscută ca persoană juridică prin legea promulgată cu Inaltul Decret Regal No. 1.479 din 23 Martie 1900, se contopesc şi se integrează într'o singură organizaţie profesională, sub denumirea de Colegiul medicilor.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

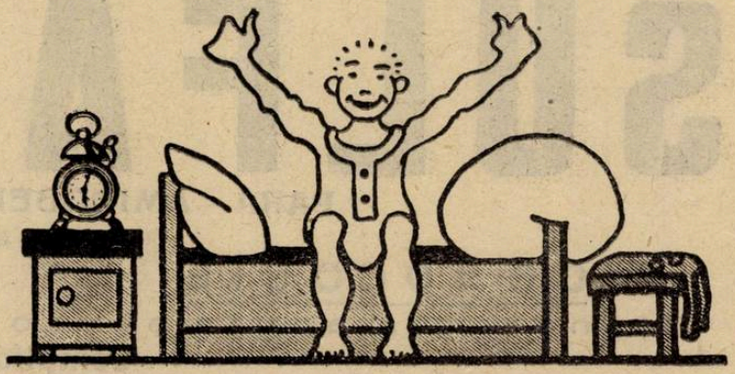
— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

1814 125 ANI 1939
Dr. Riedel-E. de Haën AG Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

PRIMA TERAPEUTICA NATURALA In Gastro-Enterologie

Biomucine

Primul preparat de mucină naturală din mucusul gastric, anti-acidul şi protectorul natural al mucoasei gastro-duodenale.

HIPERACIDITATE — ULCERE

Entéromucine

Primul preparat de mucină naturală din mucusul intestinal normalizatorul şi protectorul natural al mucoasei intestinale

CONSTIPAŢIE — COLITE

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIERE 1 AVENUE DE VILLARS - PARIS VII-e
A. TABART Doct. ès/sciences physiques

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. Bucureşti I. STR. Sf. Joniçă, 8

Noua Chimioterapie anti-infecţioasă polivalentă pe cale bucală
Bine tolerată — Netoxică

SULFAMIDOL

PARA - AMIDOBENZOL SULFAMID

Comprimate de 0 gr. 25

GONOCOCIE

Blenoragia acută şi cronică la bărbaţi şi la femei
Complicaţiuni

STREPTOCOCIE

Erisipel — Infecţiune puerperală post-partum şi post-abortum
Angină strepto-difterică — Pleuresia purulentă
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloza - Stări Infecţioase Criptogenetice

POSOLOGIE

Adulţi :	6 — 10 comprimate pe zi
Copii de 5 — 12 ani :	3 — 5 " " "
" " 2 — 5 " :	1 — 3 " " "
Sugaci :	½ — 1 comprimate " "

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate de 0 gr. 25

Reprezentanţă exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
Marcel Hott — 2 bis, Str. Profesor Ion Bogdan — Bucureşti — III
Telefon: 2.11.78.

ART. 40. — Intreg patrimoniul fostei Asociaţii Generale a Medicilor din România trece asupra Colegiului medicilor.

ART. 41. — Până la noile alegeri, potrivit legii de faţă şi care vor avea loc în cursul lunii Iunie 1940, organele actuale vor continua a funcţiona şi îndeplini atribuţiunile lor respective.

ART. 42. — Medicilor cu autorizaţiuni de liberă practică neînscrişi până azi în Colegiu, li se acordă un termen de o lună dela promulgarea legii de faţă, pentru îndeplinirea acestei obligaţiuni.

Cei ce nu se vor fi înscris până la această dată vor pierde dreptul de a profesa.

ART. 43. — Un regulament va stabili şi desvolte normele de aplicare a prezentei legi.

ART. 44. — Orice dispoziţiuni din legi şi regulamente contrarii celor de faţă sunt şi rămân abrogate.

Prezenta lege intră în vigoare pe data publicării ei în «M«onitorul Oficial».

BIBLIOGRAFII

Leistunsfähigkeit und Arbeitseinsatz des Zukerkranken. Eine Stellungnahme zum sozialen und arbeitswirtschaftlichen Problem des Diabetes mellitus auf Grund 8-jähriger Erfshrugen im „Ersten Deutschen. Diabetikerheim" Garz auf Rügen. Capacitatea de producere şi utilizare practică a diabeticului. Consideraţiuni asupra problemei economico-sociale a diabetului zaharat. pe baza unor experienţe de 8 ani la «Primul Institut german de diabetici» Garz auf Rügen) von Dr. H. J. Banse und Dr. R. Spickernagel, Greifswald. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. G. Katsch, Greifswald. 1 vol. 96 pag. cu 8 figuri şi 9 tablete. Georg Thime, Verlag Leipzig 1940. RM. 6.30 (cartonat.)

In nici o boală cronică nu se poate atinge, printr'o metodă apropiată, un grad atât de înalt de productivtate durabilă, ca în diabetul zaharat. Această noţiune, relativ nouă, constitue una din cele mai importante consecinţe ale progreselor făcute în ultimele decenii în tratamentul diabetului.

Medicina contimporană reuşeşte în mare măsură să amelioreze turburarea de metabolism specifică boalei, astfel încât diabeticul poate deveni apt pentru muncă, într'o stare de «sănătate condiţionată» (Katsch). Tratamentului medical obişnuit trebue să se asocieze, ca deosebit de importantă, o asistenţă socială specială care să-i îngădue în acelaş timp să-şi menţină «sănătatea condiţionată» şi să poată fi util societăţii, asigurându-şi existenţa zilnică.

Autorii insistă cu deosebire asupra acestei laturi sociale a problemei diabetului, expunând metoda aplicativă în «Primul Institut german» de diabetici» (Garz auf Rügen) şi rezultatele favorabile obţinute.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Avizul Academiei de medicină asupra proectului de lege pentru protecţia familiei

Ministerul Sănătăţii a cerut Academiei de Medicină avizul său la «Proectul de lege pentru protecţia familiei, mamei şi a copilului».

Comisiunea eugenică, protecţia mamei şi a copilului s'a întrunit, alegând raportor pe d. dr. Burileanu O. Raportul d-sale a fost pus în discuţiunea diviziunei de organizare, dându-se următorul aviz:

Proiectul de lege prezintă o deosebită importanţă socială şi naţională.

Academia de Medicină propune ca diferite dispoziţiuni legale să fie metodic şi judicios seriate şi să se fixeze etapele succesive de executare. In primul rând se va aplica măsurile în mediul rural, unde nevoile sunt mai mari. Este nevoie să se creeze în câţiva ani minimum 6000 posturi de moaşe şi 5000 de surori de ocrotire. Academia de medicină insistă asupra condiţiunilor ce trebue să îndeplnească pregătirea serioasă a acestora, care va fi făcută după programe analitice unitare.

Academia de medicină este de părere ca, comitetele de conducere prevăzute de proiectul de lege să caute a ridica standardul de viaţă a populaţiei româneşti.

In avizul Academiei se exprimă încă următoarele deziderate:

Degrevarea fiscală progresivă în raport cu numărul copiilor şi cu veniturile, sau prime de natalitate, sau împrumuturile matrimoniale; asigurarea unei participări la cheltueli a Casei Asigurărilor Sociale şi Casei Muncii C. F. R.; federalizarea instituţiunilor particulare de protecţie a mamei şi copilului.

Academia de medicină prezintă d-lui ministru prof. dr. Hortolomei toate felicitările sale fiind convinsă că acest proiect de lege foarte bine conceput va contribui într'o largă măsură la opera de renaştere naţională.

Concurs de medici secundari la Spitalul Brâncovenesc

Se aduce la cunoştinţa generală că pentru ocuparea a 2 (două) locuri de Medici Secundari, în specialitatea Medicină Internă, se va ţine concurs, cu începere dela 28 Iunie 1940.

Registrul de înscrierea Domnilor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţio nare în calitate de Medic Secundar, se găsesc spre înscriere şi consultare în toate zilele de lucru, la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9—12.

Inscrierile conform regulamentului se pot face numai în ziua de 18 Iunie 1940 ora 12.

Loc vacant de medic primar chirurg la Spitalul „Regele Carol II" din Bucureşti

Conform art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţă geenerală că este vacant postul de medic primar chirurg la Institutul de chirurgie «Regele Carol II», din Bucureşti, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa acest post vor face cerere acestui Minister în termen de 30 zile dela înserarea prezenteei publicaţii în «Monitorul Oficial», adică până la 29 Aprilie 1940.

Dispoziţiuni ale Marelui Stat Major referitoare la Medicii concentraţi

Marele Stat Major prin ordinul No. 201/1940 a luat următoarele dispoziţiuni privitoare la drepturile de salarii, în cazuri speciale, ale concentraţilor:

I. Pe timp de învoiri, permisii şi concedii de repaus:

Invoirile, permisiile şi concediile de repaus se acordă în condiţiunile prevăzute la art. 114—119 din regulamentul asupra serviciului interior sau alte dispoziţiuni speciale.

Pe timpul învoirilor, permisiilor şi concediilor de repaus, personalului militar concentrat dela vatră i se cuvin drepturile ce i-au fost stabilite prin ordinul general No. 69/1939, plătindu-se după normele aplicate personalului militar activ, adică:

1) Cei retribuiţi, indiferent de grad, primesc drepturile integrale de soldă, salariu, diurnă sau pensiune, după cum în prealabil au optat, sau li s'a cuvenit de drept, afară de alocaţia de hrană care se plăteşte în funcţiune de zilele de prezenţă pe zona de concentrare.

Cei fără retribuţie (gradele inferioare: sergent, caporal, fruntaş, soldat) primesc solda, hrana şi întreţinerea propriu zisă, numai pentru timpul de prezenţă sub arme.

II. Pe timp de concedii pentru interese personale:

Intre concediile pentru interese personale se consideră atât concediile aprobate pe bază de cereri individuale, cât şi cele aprobate din oficiu, după dispoziţiunile Marelui Stat Major.

Pe timpul acestor concedii, personalul militar la orice grad, concentrat dela vatră, cu sau fără retribuţie, nu are dreptul la solda gradului militar şi în consecinţă:

1) Cei cari în conformitate cu ordinul general No. 69 din 1939, au optat pentru solda gradului de militar, vor primi salariul, diurna sau pensiunea civilă respectivă, dela autoritățile sau întreprinderile cari i-au plătit înainte de concentrare.

2) Cei cari potrivit aceluiaș ordin de mai sus, au optat pentru salariul civil, diurnă sau pensiune, își vor primi în continuare aceste drepturi dela autoritățile, instituțiunile și întreprinderile cărora aparține.

3) Pensionarii militari și ofițerii de rezervă deblocați sau demisionați, cărora li s'a cuvenit de drept solda gradului militar pe timp de concentrare, își vor primi respectiv pensiunea sau solda de rezervă, dela autoritățile care i-au plătit înainte de concentrare.

Fiecare din funcționarii, pensionarii și ofițerii deblocați sau demisionați la punctele 1 și 3 de mai sus, vor primi la plecare și înapoere din concediu, câte un certificat de încetare de plată.

In cazul când durata concediilor pentru interese personale este mai mică de o lună (de exemplu 15 zile din luna Ianuarie) sau se suprapun în decursul a două luni (de ex. 25 Ianuarie — 15 Februarie), plata drepturilor se face prin state nominale de plată cu adăogiri și scăderi de drepturi de soldă, potrivit dispozițiunilor art. 117 din legea asupra contabilității publice.

Statele nominale vor avea de bază certificatele de încetare de plată dela autoritățile cari au plătit personalul pe timpul concediilor în care timp — este dela sine înțeles — că instituțiunile de Stat cu bugete proprii și întreprinderile particulare, nu mai au obligațiunea de a depune la Casa de Depuneri și Consemnațiuni, salariile, diurnele și pensiunile achitate de acestea.

Intrebuințarea taxelor percepute bolnavilor pentru operații în Spitalele Ministerului Sănătății

Ministerul Sănătății având în vedere propunerile făcute de către Direcția medicinei curative, cu privire la întrebuințarea taxelor de operațiuni, a hotărît:

Taxele percepute dela bolnavi pentru sala de operație cât și taxele percepute pe baza convențiunii cu Casa Centrală a Asigurărilor Sociale, sub titlul de taxe de operațiuni nu se vor contopi cu celelalte taxe percepute de către spitale și nu vor urma regimul taxelor cari se divid în cote, taxele destinate sălilor de operațiuni nefiind cuprinse în nomenclatura bugetară care privește taxele divizibile în cote.

Taxele sălilor de operații inclusiv acele plătite de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale ca taxe de operație se vor cheltui în mod obligator de către medici pentru procurarea materialului necesar intervențiunilor ce se vor face asupra bolnavului, care plătește taxa, în primul rând a materialului care lipsește din depozitul spitalului.

Instituțiunile cari au convențiuni încheiate cu Ministerul Sănătății sunt obligate a depune taxa sălii de operațiuni chiar în ziua internării bolnavului; această taxă se va trece în contul general al bolnavului ca achitată.

Taxele destinate sălii de operațiuni vor putea fi cheltuite de către medici de îndată în scopul arătat mai sus, rămânând ca justificarea acestor sume să se facă prin actele doveditoare a cheltuielilor făcute. Contabilizarea acestor cheltueli se vor face conform procedurii ce se va stabili în înțelegere cu Ministerul de Finanțe.

Activitatea sanatoriului Moroeni-Dâmbovița

Publicăm în această notă darea de seamă asupra activității Sanatorului «Moroeni-Dâmbovișa», de sub direcția d-lui Dr. C. Bibicescu, în intervalul de la I. IV. 1939, până la I. IV. 1940:

Numărul bolnavilor intrați 1489.

Media zilelor de cură 82,6% pentru fiecare bolnav cu un total de zile de cură 123.002.

Numărul radioscopiilor și consultațiilor clinice 16.279

Numărul analizelor 4797.

Numărul bolnavilor cari au făcut pneumotorax 579 — 37, 54%.

Numărul consultații de nas, gât și urechi 589.

Numărul trat. și extracții dentist 1443.

Numărul ședințelor de fizioterapie 1031.

Numărul pansamentelor 3126.

Numărul radiografiilor 2159.

Numărul reținetelor efectuate 23.586.

Numărul operațiilor toracice:

1. Toracoplastie-Semb.	13
2. Pn. Extrapleural	52
3. Frenicectomii	15
4. Jacobaeus	69
5 Anexectomii	2
6. Apendicite	16
7. Hernii	1
8. Diverse	3
Total	*171*

Evoluția boalei: din 1489 bolnavi, au ieșit din Sanatoriu până la I. V. 1940 1010 bolnavi și 10 cari nu intră în statistică, deoarece au stat numai 3 — 4 zile.

La venirea în Sanatoriu, au fost:

Bolnavi Gradul I: 279—27,62%; 77,42 la sută.

Bolnavi Gradul II: 503 — 49,80%, 77,42%.

Bolnavi Gradul III: 288 — 22,57%.

La 110 bolnavi ieșiți, s'au obținut următoarele reezultate:

Foart ameliorați 382 — 37,82%, (74,75 la sută pleacă ameliorați).

Ameliorați 373 — 36,93% (74,75 la sută pleacă ameliorați).

Staționari 182 — 17,32%.

Agravați 57 — 5.64%.

Decedați 16 — 1,58%.

Din 1010 bolnavi, au venit cu bacili în spută 632, din cari au pierdut bacilii din spută 258 — 40,82%.

BIBLIOGRAFII

Précis d'hygiène par **Jules Courmont** professeur d'hygiène a la faculté de médecine de Lyon. Avec la collaboration des **Pr. Ch. Lesieur** et **Dr. A. Rochaix.** Cinquième édition entièrement refondue par **A. Rochaix** proffesseur d'hygiène a la faculté de médecine de Lyon. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 1.002 pagini cu 212 figuri (Collectiun de Précis Médicaux). Broșat 2,75 dolari, cartonat 3,20.

Această lucrare, devenită clasică, și-a văzut conținutul în întregime refăcut în cursul numeroaselor sale edițiuni.

Ediția prezentă, în special, a fost profund refăcută, în conformitate cu problemele pe cari le pune actualitatea.

Chestiunile de demografie și de depopulare au luat un loc mai important ca și legislația și organizarea sanitară.

Capitolul consacrat higienei alimentare, sută la sută mediului urban, locuinței, atmosferei urbane, au fost refăcute și extinse.

Progresele realizate în higiena industrială și pentru protecția lucrătorului nu au fost uitate.

Partea consacrată epidemiologiei și profilaxiei maladiilor transmisibile a fost profund modificată atât în ceiace privește modul de transmisiune a acestor maladii cât și în expunerea progreselor metodelor de profilaxie.

Au fost adăugate capitole noi cunoștiinței icterelor infecțioase epidemice, rickettsiozelor, etc.

Infine, higiena socială, care ocupa un loc insuficient în ediținunile anterioare, a fost mult desvoltat. Au apărut capitole noi consacrate luptei contra reumatismului, profilaxiei mentale și luptei contra hereditătii morbide.

Organizația higienei sociale în Franța termină această parte.

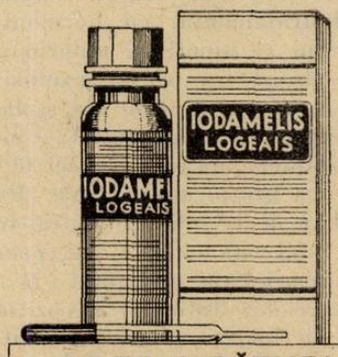
Această carte a fost scrisă pentru medici și studenți. Va mai fi utilă și veterinarilor, inginerilor, arhitecților ca și tuturor administrațiilor.

La fertilité différentielle en Roumanie, par **Mr. le Dr. D. C. Georgescu,** Directeur de l'Office d'Étude de l'Institut Central de Statistique de Roumanie. *Éditeur Institut Central de Statistique,* 1940, București, 28, Splaiul Unirii.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

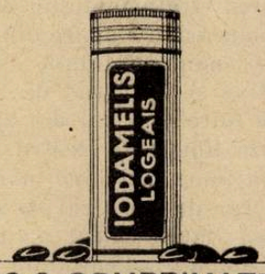
MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

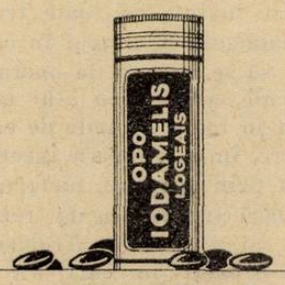
DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

•

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

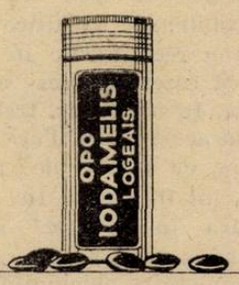
•



FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

In comprimate drageifiate



FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

NOUTĂŢI DIN LITERATURA STRĂINĂ

Indicaţiuni pentru tratamentul scabiei

de **Julius Mayr**
München

La cei cari aparţin armatei, şi chiar în dermatoze pruriginoase principial să ne gândim întotdeauna la posibilitatea unei scabie, mai ales când mâncărimea nu este deloc sau numai insuficient lămurită. Nu rareori ni se întâmplă că cazuri de scabie din cauză că s'eu eczematizat secundar să fie tratate ca eczeme. Tratamentul făcut în acest sens este deseori suficient pentru a înlătura într'o anumită măsură mâncărimea, după care dispar şi manifestaţiunile eczematoese. După suprimarea tratamentului contra eczemei, mâncărimea apare din nou asemenea şi manifestaţiunile secundare consecutive şi un astfel de tratament poate să dureze şi ani de zile (chiar şi cu raze Röntgen). Pentru acest motiv se va pune mai bine mai des decât mai rar diagnosticul de scabie, cu atât mai mult cu cât un tratament condus după indicaţiunile date nu irită mai mult o eventuală eczemă şi dacă într'adevăr a fost vorba de o scabie, manifestaţiunile vor dispare după câteva zile, iar eczematizarea produsă secundar prin grataj trece.

Deoarece scabia se transmite în majoritatea cazurilor prin contactul sexual, trebue să observăm dacă în acelaşi timp nu coexistă şi o infecţiune sifilitică sau gonococică. Timpul de incubaţie în scabie, adică momentul din care s'a făcut infecţiunea şi până la apariţia simptomelor întrucâtva sigure, resp. a mâncărimei, este de 8—14 zile, la oameni cari nu se îngrijesc, uneori chiar mai mult. Nu rareori se atinge deja incubaţiunea sifilisului când vine bolnavul pentru tratament. Am avut ocaziunea să văd scabioşi afecte primare la nivelul organelor genitale (din cauza gratajului). Exantemele sifilitice secundare sunt greu recunoscute în cursul scabiei dacă eczematizarea este mai accentuată. In orice caz, trebue să fim atenţi la acest lucru. Pericolul de contaminare, cu punct de plecare dela scabios, nu trebue să fie subestimat. Este fără îndoială că sunt cazuri foarte rare, când se fac contaminări prin convieţuire obicinuită şi prin starea de război. Deoarece nu se găseşte în haine, desinfecţiunea lor este inutilă. Este suficient că noaptea hainele să stea libere. Trecerea sarcoptului în rufărie este excepţională. Totuşi rufăria de corp şi de pat trebue supusă nei curăţiri cu săpun, deci simpla spălare a rufelor este suficientă. Aceasta se va face numai după terminarea tratamentului.

Deoarece tratamentul scabiei se face ambulant este inutil ca în această lucrare să arătăm diferitele posibilităţi de tratament. Este suficient dacă medicul cunoaşte numai preparatul coloide organic de sulf Mitigal. Dat fiind că tratamentul trebue să fie de scurtă durată, ne vom mulţumi numai cu 3 fricţionări, care exclud în mod practic o recidivă. Vom proceda, lăsând ca bolnavul să fie fricţionat de un sanitar, însă nu în mod obligator. Se fricţionează tot corpul începând dela bărbie în jos, insistând în special în locurile de predilecţie. Cantitatea suficientă este de maximum 200 cc., dacă este vorba de o persoană mai mică este suficient şi o cantitate mai mică. Mitigal-ul are într'adevăr un miros accentuat, însă bolnavul mişcându-se în aer se volatilizează repede. Se fac 3 fricţiuni, dimineaţa după sculare şi seara înainte de culcare. După a 3-a fricţionare se face o baie de curăţire, care încheie tratamentul scabiei.

Combaterea rachitismului. O măsură preliminară în tratamentul tusei convulsive la copii

Dr. F. Hansen
Clinic. Inf. Düsseldorf. (Ref. după Münch Med. Wschr. 1938 No. 50

Cauza cea mai frecventă a morţii în tusa convulsivă este broncho-pneumonia, rachitismul şi broncho-pneumonia se prezintă de foarte multe ori împreună; astfel încât în rachitismul florid, în vârsta de 2 ani, pneumonia duce aproape întotdeauna la moarte. Legăturile din rachitism şi pneumonie sunt evidenţiate şi prin faptul că dela introducerea Vigantol-ului (Vitamina D) nu mai apar cazuri de bronchopneumonie. Explicaţia acestei constatări nu este încă deajuns clarificată. Hansen constată că rachitismul produce o acţiune inhibitorie asupra formării de anticorpi. S'a hotărît ca tuturor copiilor în vârstă de 1 an, bolnavi de tusă convulsivă să li se administreze Vigantol, chiar şi atunci când nu prezintă manifestaţiuni rachitice; natural însă că şi copii mai mari obţineau Vigantol la cele mai mici manifestaţiuni morbide. Hansen recomandă în profilaxia faţă de rachitism şi în tusă convulsivă, copiilor fără turburări de nutriţie, odată pe zi, după mâncare, câte 15 picături Vigantol, iar în caz de diaree această cantitate fusese împărţită în trei doze de câte 5 picături pe zi. Această doză zilnică urmează să fie aplicată timp de 4 săptămâni, apoi după o pauză de 5 săptămnâi, până cân dcopilul este în afară de pericol. Czerny recomandă în toate cazurile de bronchopneumonie de 3 ori câte 10 pictăuri de Vigantol pe zi, iar după scăderea temperaturei, zilnic câte 15 picături. Efectele acestui tratament cu Vigantol sunt confirmate şi de statistici (Grüninger şi Droste; Jb. Clin. Inf. 1938. Vol. 1î1. pag. 117; Hansen ibid pag. 136). Hansen recomandă deasemenea aplicarea Vigantol-ului şi în stările febrile, astfel încât graţie acestei aplicaţiuni, mortalitatea infantilă poate fi redusă.

Tratamentul hormonal al ectopillor testiculare

H. J. Kraetsch
Spit. Allerheiligen Breslau. (Münch. med. Wschr. 1939, nr. 46, pag. 1638)

Kraetsch încearcă la 10 bolnavi la cari testicolul era în canalul inguinal, tratamentul cu hormoni gonadotropi ai hipofiziei anterioare. In aceste cazuri era vorba exclusiv de copii în vârstă de 4—6 ani şi la cari s'a încercat — fără rezultat — metoda prin orhidopexie. La 6 din cei 10 băeţi, s'a ajuns graţie aplicării de Prolan-Preloban la o vindecare definitivă. In cazul unui băieţel de 8 ani, operaţiunea chirurgicală executată în anul 1935, a readus testicolul în poziţie normală, cu toate acestea în anul 1938, nu mai era palpabil. In acest caz s'a ajuns la un rezultat complet şi definitiv, abia după ce s'au aplicat intramuscular 3200 U. S. Prolan şi 105 U. Preloban-dragele. Testicolul drept a revenit complect în scrot, pe când cel stâng a fost împiedecat la nivelul cicatricei operatorii. Cele mai bune rezultate s'au obţinut, administrând de două ori pe săptămână injecţii cu Prolan. In tratamentul cu Preloban-dragele, se recomandă serii de câte 6 săptămâni şi anume: timp de două săptămâni, dela 3 la de trei ori câte 3 dragele zilnic. Apoi 10 zile repaus după care se reîncepe cu Preloban etc. Faptul că Preloban-ul şi Prolan-ul acţionează şi în cazurile de insuccese operatorii, denotă acţiunea hormonală în ectopiile testiculare. Pentru practica medicală de azi, ar fi de recomandat înainte de toate tratamentul medicamentos şi numai în cazuri extreme să se recurgă la operaţiuni chirurgicale, aceasta cu atât mai mult, cu cât în toate cazurile de ectopii testiculare, în cari nu s'a încercat remedierea prin operaţie, metoda medicamentoasă amintită, a dat rezultate absolut satisfăcătoare. *Kraetsch* a mai tratat 8 băeţi la cari s'a presupus «hernii inguinale». In cazul unui băieţel de 8 ani la care testicolele au fost fixate în canalul inguinal, aplicarea combinată de injecţii intramusculare (400 U. S. Prolan şi 50 U. Preloban) au produs o descensiune complectă.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53, şi Cluj, Calea Moţilor 18.

fabrica de produse chimice

aedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală

prescrieți deci:

Calcimusc

Soluție sterilă de gluconat de calciu 10%, pentru injecțiuni intramusculare și intravenoase.

Fiole de 5 și 10 cc.

INSUFICIENȚA HEPATO-BILIARĂ

și consecințele sale dispar prin:

FELAGOL

TABLETE

CHOLAGOG - ANTISEPTIC - DESINFECTANT

Hipoaciditatea și achilia gastrică

pot fi remediate prin

BETACID mite și forte

Tablete

HEMOSTYL

du docteur ROUSSEL

Ser hemopoietic de cal, absolut pur.

2000 de cai sunt utilizaţi pentru prepararea HEMOSTYL-ului.

ACŢIUNE TONICĂ

Serul „mijloc de legătură" al organismului, conţine toate secreţiunile glandelor endocrine. Acţiunea fiziologică, tonică şi durabilă a HEMOSTYL-ului, se datoreşte bogăţiei sale în HORMONI.

ACŢIUNE HEMOPOIETICĂ

Frecvenţa anemiilor secundare este considerabilă. HEMOSTYL aduce elemente pentru reconstruirea globulară şi stimulente pentru organele producătoare de elemente figurate, HEMOPOIETINE.

ACŢIUNE HEMOSTATICA

În pansamente locale şi pe cale bucală, HEMOSTYL rămâne întotdeauna cel mai activ şi cel mai sigur dintre hemostatice, graţie FIBRIN-FERMENT-ului pe care îl conţine.

PURITATE CALITATE EFICACITATE

PREZENTARE

Fiole de 10 cc., în cutii cu 6 iole.
Sirop . . . Flacon cu 300 grame.

POSOLOGIE

Fiole: 1—3 pe zi, per os, luate cu puţină apă zaharată.
Sirop: 1—3 linguri de supă pe zi.
De preferinţă pe nemâncate sau la începutul meselor.

Laboratoarele HEMOSTYL — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei BUCUREŞTI III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 9 — 10 Lei Exemplarul — 1 Mai 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CE... „ASOCIAȚ... SIBIIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. C. D. CONSTANTINESCU: *Tuberculozele miliare* 97

Dr. TOMA IONESCU: *Idei actuale în tratamentul plăgilor ţesuturilor moi* 100

ORGANIZAREA PROFESIUNII MEDICALE

Profesor Dr. N. HORTOLOMEI: *Noua lege de organizare a Corpului Medical. (Discursul D-lui Ministru al Sănătăţei publice, — ţinut la Camera Deputaţilor, cu ocazia votării acestei legi)* 104

Pagina

PROBLEME SANITARE

Dr. I. BORDEA: *Probleme sanitare. Orientări şi desorientări.* III. *Instituţiile de asistenţă medicală* . 107

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Documentări statistice asupra situaţiei sanitare în mediul rural* 109

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Programul de activitate al Ministerului sănătăţii pentru combaterea malariei; Inlocuirea Spitalului «Colţea» printr'un nou spital la Grozăveşti; Locuri de medici vacante la Ministerul sănătăţii; Congresul Asociaţiei Germane de Medicină Internă 110

Concurs de Internat pentru Spitalele din Bucureşti, Cluj şi Iaşi; Mişcare în corpul medical al Ministerului Sănătăţei 111

Pagina

BIBLIOGRAFII

Dr. Al. D. Rădulescu: Tratat de ortopedie chirurgicală. Cluj. Tipografia «Cartea Românească», 1939. Un volum de 1000 pagini, frumos ilustrat 1200 lei.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger*, Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Pietre de hotar în terapia malariei.

Pentru tratamentul eficace al recidivei primăvăratece a malariei:

Tratamentul de 5—7 zile cu

ATEBRIN

de 3 ori 0,10 gr. pe zi, apreciat de mulţi ani.
Se asociază eventual o cură de 3 zile cu doze mici de

PLASMOCHIN

pentru adulţi de 2—3 ori pe zi 0.01 gr.; pentru copii doze mai mici, corespunzătoare cu vârsta.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diferică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

VITAPLEX

Vitamine „CHINOIN"

Numele preparatului — Substanţa activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A = Vitamina A.	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ A+D = Vitamina A+D_2	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 U.I. Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B = Vitamina B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete:* tuburi cu 20 buc. *Injecţii:* cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C = Vitamina C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete:* tuburi cu 10 buc. *Injecţii:* cutii cu 5% 5×1 cmc. / 5×2 cmc. „ „ 10% 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D (Devitol) = Vitamina D_2	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	In comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E = Vitamina E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

ROSARBIL

Substanţele de bază ale acestui preparat sunt principii activi extraşi din plantele: **Cynara Scolymus** (Artichaut), **Rosmarinus officinalis, Peumus boldus** şi **Rhamnus Frangula** (Bourdaine).

Intrebuinţarea foilor de **Cynara Scolymus** ca medicament, datează din secolul XVIII când mai mulţi autori au preconizat acestă plantă pentru a vindeca icterul şi hidropisia.

Dată uitării câtva timp, a fost actualizată prin studiile făcute de **Brei** (1922), **Tixier** şi colaboratorii săi. Din foile plantei aflate pe tulpină — iar nu din bracteele comestibile numite impropriu foi de **artichaut** — se prepară extractul care intră în compoziţia preparatului «**ROSARBIL**».

Principiul activ al foilor de **artichaut** este **cinarina** care, după **Brei** şi alţi autori, se bucură de proprietăţi diuretice şi coleretice. Datorită acestui principiu activ secreţia biliară este mărită, fără a se turbura funcţiunea biliară.

Se ameliorează în acelaş timp drenarea hepatică şi se regulează mecanismul azotemiei şi colesteremiei prin scăderea procentului de uree şi colesterină.

Rosmarinus şi **Boldo** se bucură deasemenea de proprietăţi colagoge, cantitatea de bilă putând fi dublată şi chiar triplată uneori, aceasta datorită *boldinei* şi *uleiurilor volatile* conţinute în foile acestor plante.

Frangula (Bourdaine) are o acţiune laxativă; nu irită intestinul şi nu provoacă colici şi vărsături.

Datorită compoziţiei sale, preparatul «**ROSARBIL**» combate insuficienţa biliară; stimulează activitatea celulei hepatice şi activează secreţia şi excreţia biliară. Deaceea, el este *un medicament specific al afecţiunilor hepatobiliare, fiind indicat în insuficienţele hepatice şi biliare, congestiile ficatului, colecistite, icter, etc.*

Modul de întrebuinţare: 2—3 linguri pe zi, amestecat cu 2—3 linguri de apă.

O lingură (15 grame) conţine: câte 0,50 gr. Extract. Rosmarini fluid, Extract. Boldo fluid. Extract. Cynara spiss. şi 1 gr. Extract. Frangulae fluid.

Incurajarea industriei naţionale este un interes social şi naţional

IODIPON

Peptonat de iod

Principii activi: Iod coloidal cu Peptona din carne în combinaţie stabilă şi asimilabilă.

Indicaţiuni: Artero-scleroză, artritism, sifilis, gută şi în toate cazurile unde e indicat un tratament cu iod.

Nu produce iodisme.

Doza zilnică:

Pentru adulţi 20-60 picături
Pentru copii 3-30 picături

In Diateza urică, Artritism, Gută, Gravelă, Reumatism, Sciatică, Uricemie, Obesitate, tratamentul cu

UROSOLVAN

dă întotdeauna rezultate precise. UROSOLVANUL este un disolvant şi eliminant puternic al acidului uric. Conţine: Chinat de piperazină, Formină şi săruri de lithină.

Doza zilnică: 2—4 măsuri dizolvat în $^1/_4$ pahar cu apă.

OPOGLOBIN

Extract de ficat, glicerofosfat, sare de cupru şi toţi componenţi activi al sângelui.

Indicaţie: în anemie, debilitate generală, convalescenţă, astenie, pretuberculoză.

Doza:

La adulţi 2—3 linguri pe zi.
La copii 2—3 linguriţe pe zi.

Laboratorul „Dr. AL. ITEANU", Bucureşti I
Strada Vasile Lascăr No. 5 şi 7.

Un adjuvant important în tratamentul
complicaţiilor blenoragice
la bărbat şi la femee este

Gono-Yatren

Vaccin antigonococic într'o sol. de 3% Yatren.
Injecţiuni intravenoase şi intramusculare.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cutie cu 6 fiole de 2½ cmc. / Flacon cu 25 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-59
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18, Tel.: 37-22.

STOMAC FICAT INTESTIN

GASTRO-SODINE

Granule în trei formule

Asociaţia sărurilor sodice selecţionate, riguros uscate, chimic purissime.

Indicaţiuni: Dyspepsie, Gastralgie, Hyperchlorhydrie, Colite, Arsuri stomacale, Ptosa-gastrică, Ulceraţii, Apendicită, Infecţii gastro-intestinale, Hepatite, Dermatoze, Enterite muco-membranoase, Prurit anal sau genital, Migrenele copiilor.

1) **Formula simplă (Normală):** La Gastro-Enterite simple hiperchlorhidrice.
2) „ **B. (Bromurată):** La Gastro-Enterite dispeptice nervoase şi neuroartritice.
3) „ **S. (Sulfatată):** La Gastro-Enterite hepatice cu funcţiunea intestinală cronic încetinită. (Uşor laxativ).

Néo-Calcilină

Comprimate-Granule
Reconstituant biologic
Opoterapic întreg
Para-Hepato-Pancreato-Splenic

BÉ-ME-CÉ

Sare digestivă „Pudră"

Compoziţia B . . . . . Bicarbonate
M . . . . . Magnezia
C . . . . . Carbonate
} Chimic purissim selecţionat uscat

Hyperacidosa gastrică acută.

CALCILINE

Comprimate-Granule

Trei formule: Pură — Adrenalinată — Metylarsinată. — Recalcifiant integral.

Indicaţiuni: Anemie, Chloroză, Scrofuloză, Limfatism, Convalescenţă, Neurastenie, Leucemie, Sarcină, Carie dentară, Tuberculoză pulmonară, Osoasă-ganglionară, Boala oaselor, Creştere Adenite, Coxalgie, Diabet.

Laboratoires Gastro-Entérologiques **„ODINOT"**, 21 Rue Violet — Paris XV.
Depozit General de desfacere, A. GROZEA & Co., Bucureşti, Str. Doamnei 21.
Preparatele se găsesc permanent la toate farmaciile.

Anul XVIII. No. 9 10 Lei Exemplarul 1 Mai 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

TUBERCULOZELE MILIARE

de Dr. C. D. CONSTANTINESCU

In mai toate tratatele franceze de medicină nu se vorbeşte de *tuberculozele miliare* decât atunci când se descriu *leziunile* din unele forme de tuberculoză generalizată, caracterizate prin prezenţa de numeroşi noduli mici, în general de mărimea unui bob de mei (milium), în diferite organe; în schimb, în clinică, pentru aceleaşi forme de tuberculoză, se întrebuinţează termenul de *granulie*. De curând însă, datorită progreselor realizate în studiul tuberculozei, mulţi dintre ftiziologii reputaţi s'au întrebat, dacă se mai poate păstra în literatura medicală nu numai termenul de *granulie*, dar şi acela de *tifo-bacilozâ*, cea dintâi ne mai fiind considerată decât ca *unul dintre aspectele posibile ale tuberculozei miliare*. O serie de trei cazuri de tuberculoză generalizată pe care am avut ocaziunea să le observăm în ultimul timp, toate ivite la persoane tinere, în urma nefrectomiei practicată pentru baciloză renală, ne-au determinat să împărtăşim această nouă concepţie. Ne-am propus să expunem noţiunile de curând dobândite, interesante de cunoscut nu numai din punct de vedere teoretic, dar şi din punct de vedere practic, căci într'unul din cazuri ne-au permis şi o mai bună interpretare a simptomelor observate.

Se ştie că *Laënnec* este acela care a arătat că leziunile tuberculozei sunt *nodulare* şi *infiltrate*, deosebind celor dintâi *granulaţia tuberculoasă* şi *tuberculul miliar*, iar celor de pe urmă *infiltraţia gelatiniformă, cenuşie şi galbenă*. In ceeace priveşte granulaţia tuberculoasă, el a arătat că este vorba de formaţiuni mici, rotunde, izolate, răspândite în foarte mare număr atât în ţesuturi cât şi în organe şi mai ales în plămâni, aspectul lor fiind translucid şi dând adeseori la palpaţie senzaţia de grăunte de nisip. Cât este vorba de tuberculii miliari, *Laënnec* spunea că în aceste cazuri nu mai este vorba de grăunte cenuşii, semi-transparente, ci de noduli mai mari, opaci, având forme oblungi ori neregulate, pe tăetură luând dispoziţia în corimbi, ţesutul pulmonar din jurul lor fiind de multe ori alterat; aglomerarea acestor tuberculi miliari constituie leziunile infiltrate. Meritul lui *Laënnec* nu a fost însă numai de a arăta, că toate aceste feluri de leziuni sunt de aceeaşi natură, dar de a le fi şi atribuit aceleiaşi cauze: leziunilor pneumonice.

Concepţiunei acesteia *uniciste*, a lui *Laënnec*, a fost opusă mai târziu acea *dualistă* de către *Virchow*, care credea că numai leziunile nodulare sunt de natură tuberculoasă. Fără îndoială că această ultimă opiniune nu mai prezintă în timpul de faţă decât un interes istoric, dar a rămas totuşi dela acest autor credinţa, că *folicului tuberculos*, constituit, după cum se ştie, din celulă gigantică, celule epitelioide şi embrionare, ar constitui leziunea elementară a tuberculozei, diferitele sale forme anatomo-patologice macroscopice nefiind datorite decât numărului şi dispoziţiunilor variate ale acestor formaţiuni. Aceasta a fost şi părerea lui *Empis*, care în anul 1865 a izolat şi descris cel dintâi *granulia*, socotind că toate *granulaţiunile*, care constituesc substratul anatomic al acestei stări patologice, ar fi formate din acumularea mai multor foliculi. Este adevărat că autorul s'a înşelat, considerând granulia ca o boală aparte, dar dacă medicii cari s'au ocupat ulterior cu acest studiu au dovedit că nu este vorba decât de *o entitate anatomo-clinică a tuberculozei*, ei au continuat să descrie granulaţiile tuberculoase ca *elemente pluri-foliculare*.

Studiul leziunilor întâlnite în granulie a fost reluat de către *Letulle* şi *Bezançon* într'un articol publicat în «*Présse Médicale*» (No. 76, 1922). Autorii au arătat mai întâi că *alături de granulaţiunile tuberculoase, se întâlnesc în granulie şi tuberculi miliari*, dar că, contrariu părerii generale, aceştia de pe urmă nu sunt formaţiuni mai vechi, care ar rezulta din coalescenţa şi cazeificarea granulaţiilor tuberculoase; în urmă, ei au demonstrat că din punct de vedere histologic, *granulaţia tuberculoasă este o formaţie foliculară*, în vreme ce *tuberculul miliar este o bronho-alveolită* bacilară nefoliculară, care se întâlneşte şi în tuberculozeele cronice. Cercetările ulterioare nu au confirmat însă, în întregime, această opiniune. *Korteweg* în Austria, *Aschoff, Huebschmann* şi *Arnold* în Germania, *Rist, Brulé, Huguenin* şi *Delarue* în Franţa, au arătat că nu trebuie să se opună granulaţia, tuberculului, căci şi cea dintâi poate fi adeseori constitită dintr'o alveolită. S'a mers chiar mai departe, considerându-se de către unii granulaţia tuberculoasă ca un element secundar, rezultând din organizarea ulterioară a alveolitei. Dealtminteri chiar *Bezançon* (Présse Méd., No. 22, 1930), a revenit asupra chestiunei, spunând că din examenul amănunţit a 25 noi cazuri de granulie, rezultă că *din morfologia leziunilor nu se poate deduce structura lor histologică*, căci cei mai mici noduli pot fi constituiţi din alveolite ori din foliculi aglomeraţi, în vreme ce elemente mari , voluminoase, pot avea o constituţie foliculară.

Lipsa de specificitate histologică a leziunilor întâlnite în granulie, precum şi constatarea că în această formă de tuberculoză generalizată pot să existe tuberculi miliari alături de granulaţii tuberculoase, şi numai arare ori unele sau altele dintre formaţiuni, au dat o primă lovitură termenului de granulie, rămas dela *Empis* şi întrebuinţat de atunci spre a se descrie numai o formă specială de tuberculoză generalizată, caracterizată anatomic prin prezenţa în organe de foarte numeroase «*granulaţiuni*» tuberculoase. A mai contribuit la aceasta şi alte progrese realizate în studiul tuberculozei. Aşa, *observaţiunea îndelungată a bolnavilor* ca şi *introducerea radiologiei printre mijloacele de investigaţiune clinică*, au permis izolarea a *forme diferite de granulie*, cu prognostic deosebit. Or, atribuită pătrunderii bacilului Koch în sistemul circulator, *granulia fusese până în ultimul timp considerată ca fiind întotdeauna foarte gravă*, fie că lua aspectul tific, ori vreun altul, în raport cu predominarea leziunilor în diferitele organe şi în special în plămâni, locul lor de predilecţie. Unii clinicieni atrăseseră însă mai de mult atenţiunea, că alături de formele acute sau supra-acute, sunt cazuri în care boala poate dura mai multe luni, luând un mers sub-acut, şi că, la episoade acute poate să succeadă alteori stări cronice, tuberculoza acută transformându-se în ftizie comună. Aceste observaţiuni se înmulţiră în ultima vreme. Lui *Burnand* (din Leysin) şi lui *Sayé* (din Barcelona), revine meritul de a fi descris, în colaborare, mai de curând, *granuliile reci* («*Ann. de Méd.*», 1924, T. XV, p. 365). Nu vom insista, căci am vroit să reamintim numai *faptele clinice* cari au fost invocate împotriva păstrării termenului de granulie, care exprimă *un mers şi o înfăţişare acută a boalei*.

S'ar fi părut că noile cunoştinţe bacteriologice ar veni în sprijinul menţinerii termenului de granulie în cli-

nică. Se ştie că în anul 1923, *Vaudremer* a confirmat cercetările lui *Fontès* din Rio de Janeiro, publicate din 1910, cu privire la existenţa de *elemente virulente invizibile* în filtratele de diferite produse tuberculoase, cărora *Calmette* le-a dat în urmă numele de *ultravirus tuberculos*. Se admite de atunci că bacilul lui Koch n'ar fi decât un stadiu evolutiv şi o formă de rezistenţă a microbului, distingându-se în evoluţia acestuia forma invizibilă, apoi elemente mici cari constituesc o pulbere, iar în urmă granule cocciforme dintre cari unele se lungesc, se divid şi câştigă acido-rezistenţă spre a se transforma în bacilii tuberculozei. *Paisseau, Valtis* şi *Saenz* (Présse Méd. no. 12, 1929), au atribuit ultravirusului unele manifestaţiuni inflamatorii a căror natură tuberculoasă nu putuse încă să fie dovedită. Mai în urmă *Calmette* (Acad. Méd. Paris, 18 Mars, 1930), a reluat studiul acestei chestiuni, deosebind *boli generale acute datorite ultravirusului*—cu absenţa ori prezenţa de rare elemente acido-rezistente — şi *boli cronice*, care reprezintă fie faza finală a evoluţiei ultravirusului, fie pătrunderea directă în organism a bacililor tuberculozei. El a dat celor dintâi denumirea de *granulemii prebacilare*, intrând în acest grup diferitele revărsate din seroase, eritemul nodos şi polimorf, sarcoidele şi tuberculozele papulo-necrotice, *tifobaciloza* şi *granulia*. Privitor la acestea de pe urmă *Calmette* adăoga, că foarte greu se pot pune în evidenţă bacili coloraţi cu Ziehl, în vreme ce în sânge se găsesc numeroase elemente filtrabile (*Bonciu* şi *Ionescu, Armand — Delille, Saenz* şi *Bertrand*). Totuşi, acelaşi autor ţinând seama că în granulemie nu există noduli tuberculoşi, pe când în granulie pe lângă aceştia se mai pot găsi uneori şi bacili în mijlocul lor, propunea ca *«domeniile respective ale granulemiei prebacilare, ale granuliei propriu zise şi cele ale bacilozei, să fie delimitate de către clinicieni»*, considerând granulia ca *o formă de tranziţie*, care poate fi datorită atât ultravirusului cât şi bacililor Koch.

Nici cercetările de medicină experimentală nu au fost mai favorabile menţinerii în clinică a termenului de granulie. Amintim mai întâi că nu se mai admite acum existenţa unui înveliş epitelial continuu al alveolelor pulmonare, constituit din celule turtite, fără de nucleu, printre care se găsesc dispuse altele mai mici, poliedrice ori cubice, nucleate. Nu ar exista la suprafaţa alveolelor decât ultimele, cari sunt de natură mezenchimatoasă, la fel cu celulele endoteliilor capilarelor şi celulele din interstiţiile alveolare (celulele septale ale lui *Lang*). Neapărat că aceste noţiuni trebue să fie cunoscute, căci ele explică repedea organizare a revărsatelor de sânge şi de plasmă în alveole, ca şi afirmaţia lui *Aschoff*, că celulele amintite nefiind decât aspecte variate ale unei şi aceleiaşi leziuni, odată iritate pe cale sanghină pot trece în alveole printr'o adevărată «excreţie». Dar se admite acum că şi bacilii, sosiţi în mic număr în capilarele plămânilor cu polinucleare, pot să treacă în alveole, formând nodulii tuberculoşi, spre deosebire de leziunile masive, cari sunt datorite pătrunderii microbilor pe cale bronhică... Este ceeace se cunoaşte în Franţa dela cercetările experimentale ale lui *Macaigne* şi *Nicaud* (Soc. Méd. hôp. Paris, Mars, 1930 şi Soc. biol., Oct. 1930), *Huguenin* şi *Delarue* (Soc. anat. Déc. 1930). S'a injectat în vinele epurilor de casă o emulsie în ser fiziologic de bacili umani şi bovini omorâţi prin căldură, animalele fiind ori nu sensibilizate la tuberculină. Autorii au izbutit să producă leziuni macroscopice mixte ca acelea care se întâlnesc în granulie, dar histologiceşte leziunea fundamentală era aceea de *alveolită descuamativă*, parietală ori cavitară, unele dintre elemente *evoluând secundar* către foliculul giganto-celular, considerat ca martor al limitării focarelor. Ca şi *Paraf*, ei au mai atras atenţia şi asupra influenţei dozei de bacili injectaţi, căci în mică cantitate produc cu deosebire leziuni interstiţiale şi numai în doze mari pe cele alveolare. De altminteri s'au obţinut pe cale experimentală nu numai leziuni, dar şi forme clinice variate, unele acute ori subacute, iar altele corespunzătoare la ceeace s'a descris mai decurând sub denumirea de granulii reci.

Spre a se explica diferitele aspecte clinice şi anatomo-patologice ale tuberculozei, s'a invocat nu numai numărul, virulenţa microbilor şi modul lor de introducere în organism, dar şi *proprietăţile terenului* în care ei se desvoltă. Se ştie că la câtva timp după pătrunderea în corp a bacililor Koch, în mică cantitate, se produce obişnuit o modificare a umorilor şi ţesuturilor, descrisă sub numele de *alergie*, *«stare schimbată a organismului»*, caracterizată prin *sensibilizare la toxină* şi *rezistenţă la microbi*. Este vorba în acest caz de o imunitate specială, diferită de aceea întâlnită în boalele infecţioase trecătoare, căci microbii continuă să persiste, ascunşi şi în stare latentă, în vreunul dintre organe ori ţesuturi. Această imunitate constitue *imunitatea* zisă *de superinfecţie* sau *premuniţia*, căci apără organismul împotriva unei noi infecţiuni, deşi poate determina accidente în unele împrejurări, datorită toxinelor puse în libertate în urma distrugerii bacililor. S'au atribuit tuberculozele generalizate *lipsei de alergie*, fie că aceasta nu s'a produs, ori că a dispărut la un moment dat sub influenţa a diferite cauze fiziologice ori patologice. Cât este vorba de evoluţia tuberculozelor cronice, ea a fost explicată în bună parte prin reinfecţii şi sensibilizare la tuberculină. Care este însă cauza diversităţii leziunilor în forma de tuberculoză generalizată descrisă sub numele de granulie? *E. Leuret* şi *Caussimon* (Présse Méd., No. 24, 1933), au căutat să răspundă la această întrebare în urma unor experienţe pe animale, tuberculizate şi reinfectate cu aceiaşi speţă microbiană, starea alergică fiind verificată prin oftalmo şi intra-dermo-reacţia. Autorii au constatat la epurii de casă şi la cobai *cari nu erau în stare de alergie*, numeroşi noduli în plămâni, constituiţi din alveolite şi infiltraţie a despărţitoarelor inter-alveolare, în vreme ce la animalele *în stare de alergie*, pătrunderea de noi microbi determină la început un aflux de polinucleare şi o fagocitoză intensă, iar în urmă apariţia de mononucleare şi de histiocite cari fixează elementele bacilare, reacţia ajungând la formarea foliculilor tuberculoşi tipici. Pe lângă microbi ar fi deci şi starea de alergie care ar da seamă nu numai de leziunile histologice, dar şi de aspectul lor macroscopic şi evoluţia clnică, leziunile exudative (alveolitele), fiind cele mai grave.

Dar, alături de granulie, *Landouzy* încă din anul 1884, a descris un tip aparte de tuberculoză generalizată, *tifobaciloza*, febră de origină bacilară cu înfăţişare tifică, care se întâlneşte mai ales la copii şi la adolescenţi. După o perioadă febrilă se iveşte o fază de remisiune, în urma căreia apar focare de tuberculoză cu localizări diferite. In aceste cazuri sângele şi organele conţin adeseori bacili ori forme mai puţin evoluate ale microbului (ultravirus), dar leziunile constatate sunt congestiuni ori degenerescenţe. Această formă clinică de tuberculoză a fost reprodusă experimental, de către *Jersin*, prin inoculare de bacili tuberculoşi aviari la epurii de casă. Perfecţionarea metodelor de laborator ca şi a acelora de explorare clinică, au făcut pe mulţi ftiziologi să se îndoiască de existenţa sa, examenele radiologice mai ales, permiţând să se recunoască leziuni pulmonare sau ganglionare care nu putea fi mai înainte descoperite. Din această cauză s'a şi spus că termenul de tifobaciloză poate să ascundă o greşală de diagnostic sau să caracterizeze o stare febrilă a cărei origină poate să rămână necunoscută. Dacă însă, în general, nu se mai admite în timpul de faţă o septicemie bacilară primitivă, nimeni nu contestă existenţa septicemiilor secundare, care au drept punct de plecare focare de tuberculoză latente, ori în evoluţie. *Hutinel* admitea pe vremuri că febra ar putea fi datorită şi revărsării de toxine în sânge, dar se ştie acum că microbii au putut fi adeseori izolaţi; de altminteri persistenţa lor în diferitele ţesuturi se datoreşte şi localiză-

CHOPHYTOL

Laboratoires G. Edgard-ROSA Paris XVII-e

EXTRACT SIC

PURIFICAT

DESALBUMINAT

TITRAT

STABILIZAT

STANDARDIZAT

din frunză proaspătă de anghinară.

TONIC HEPATIC.

COLERETIC.

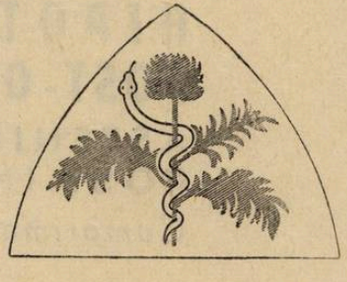
DIURETIC.

Favorizant al metabolismului azotului, colesterolului şi al apei

INJECŢII - DRAGEE - PICĂTURI

Lucrări ştiinţifice scrise de Léon Tixier, Marcel Eck, G. Edgard — Rosa, etc.:

1. Puterea colesterolitică a serului sanguin
2. Tratamentul stărilor ateromatoase
3. Fericita influenţă a anghinarei
4. Semnificaţia colesterinemiei şi azotemiei
5. Chophytol-ul în chirurgie
6. „ „ maladiile infantile
7. „ „ prurigo simplex al copilăriei



şi eşantioane medicale trimite la cerere:

Farm. G. SIMONIU, Bucureşti III

Bulev. Vintilă Brătianu (Dacia) No. 5 — Tel. 2.79.50

SANEDRINE

Efedrină levógiră

TERAPEUTICĂ ANTIALERGICĂ

ASTM

RINITE SPASMODICE
BRONŞITE CRONICE

URTICARIE

PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR

PREVENIREA ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE POST-OPERATORIE
ASTENII POST-INFECŢIOASE

Comprimate de 0,025 gr.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

rile diferite, care se observă după faza de remisiune a tifo-bacilozei. Unii autori precum *Caussade* și *Babonneix*, admit tifobaciloze primitive și secundare. *Bard, Broca* și *Delille* socotesc că nu există diferență între tifobaciloză și granulie, ceace le separă fiind numai numărul și virulența microbilor ca și *rezistența pacienților*, uneori microbii răspândiți în sânge fiind distruși, iar alteori determinând leziuni de granulie. De altminteri tifobaciloza nici nu poate fi deosebită de granulie decât prin *examenul radiografic*. Oricum, introducerea acestuia de pe urmă în clinică a împuținat numărul cazurilor diagnosticate drept tifobaciloze, iar dacă am amintit și de această formă de tuberculoză generalizată, nu este numai pentrucă și existența sa a fost discutată, dar mai ales pentru că din punct de vedere al patogeniei se apropie mult de granulie.

Cât este vorba despre aceasta din urmă, *granulia*, rezultă din expunerea de până acum că nici-unul dintre caracterele care'i s'au atribuit și pe baza cărora fusese izolată și descrisă ca o *entitate anatomo-clinică* a tuberculozei, nu rezistă criticei: este vorba de înfățișarea clinică, aspectul și constituția leziunilor constatate. Din această cauză *J. Delarue*, într'o monografie publicată în anul 1930, propusese să fie considerată granulia numai ca un *sindrom clinic*, termenul însuși trebuind să fie înlocuit prin acela de *tuberculoză miliară*, întrebuințat până atunci în Franța numai în descrierile anatomo-patologice. Autorul își sprijinea părerea pe numeroase fapte clinice și autopsii, observate ori practicate în serviciile și laboratoarele profesorilor *Bezançon* și *Roussy*. El dădea numele de «*noduli miliari*» leziunilor întâlnite în atari cazuri, socotind că termenul este preferabil celor înainte întrebuințați, care variase după autori. Distingea apoi nodulii în *exudativi, foliculari și fibroși*, cei dintâi fiind constituiți din focare de alveolită cazeoasă, bogate în bacili, cei de al doilea întâlnindu-se în parenchim sănătos și fiind săraci în microbi, iar în alcătuirea celor de pe urmă intrând mult țesut fibros. Nodulii ar fi stadiile succesive ale infecției tuberculoase pe cale sanghină (embolii microbiene), durata și evoluția boalei fiind în legătură cu predominența tipului lezional: *acută în cei exudativi, subacută în tipul folicular și cronică în cel fibros*. La *Academia de Medicină* din Paris, în ședința dela 11 Aprilie 1933, *E. Risi* și *S. Doubrow* au propus de asemeni înlocuirea termenului de granulie prin acela de *tuberculoză miliară* — acută, subacută ori cronică — insistând în deosebi asupra acestui fapt, că ultima denumire ar avea și avantajul de a indica o degradare pe scara erarhică nosografică a formelor cuprinse sub acest termen, căci cele mai adeseori sunt episoade evolutive ale unor focare de tuberculoză cronică, dovadă cele 47 cazuri de tuberculoză miliară observate pe un număr de 163 tuberculoze studiate (28.8%). *L. Bernard, Marfan* și *Brault* au împărtășit această opiniune. De altminteri această chestiune a mai fost pusă și în alte societăți savante, fiind mai ales discutată la Societatea Medicală a Spitalelor din Paris. Ne mărginim să semnalăm că puțini medici mai susțin acum menținerea vechiului termen de granulie, și aceasta mai mult din cauza amorului propriu național, denumirea fiind dată de către *Empis*, medic francez.

Împărtășim noua concepție și credem că termenul de *tuberculoză miliară* ar trebui să fie introdus și în literatura medicală română spre a înlocui de aci înainte pe acela de granulie, că nodulii tuberculoși vor fi cât un bob de mei, mai mici (sub-miliari), ori mai mari. De altfel nicii nu vedem care altă terminologie ar putea preciza mai bine diagnosticul în anumite cazuri, precum sunt și acelea pe care am avut în ultimul timp ocaziunea să le observăm în practica noastră medicală. Este vorba de o serie de 3 bolnavi adulți, cari fuseseră operați de chirurgi diferiți pentru tuberculoză renală și au încetat din viață în termen mediu la 3 săptămâni de la intervenție. Febra apăruse la dânșii în chiar ziua operației, dar numai unul prezenta și simptome fizice la examenul medical. La câțesi trei imagina radiografică nu era acea care s'a descris mai înainte ca fiind caracteristică granuliei, căci în loc de aspect granitat al plămânilor, determinat de prezența unui enorm de mare număr de puncte opace, bine conturate, existau în ambele câmpuri pulmonare numeroase pete închise, neregulate, cu marginile șterse, având dimensiuni mai mari și fiind separate între dânsele prin zone de plămân sănătos. Nu era vorba în aceste cazuri de granulațiuni tuberculoase, ci de tuberculi miliari, *aglomerarea și stadiul lor evolutiv, legat de starea de alergie*, explicând nu numai submatitatea dela vârful stâng și baza dreaptă însoțită de numeroase raluri umede,, care simulau fenomenele de ramoliție, dar și câteva spute hemoptoice și mai ales febra vesperală, care apăruse la unul dintre pacienții noștri de câteva zile, după ce hipertermia fusese mai înainte continuă. S'ar fi părut că procesul tuberculos tinde spre localizare, dar cauze neprevăzute au micșorat din nou rezistența organismului, determinând alte embolii microbiene care au provocat moartea cu fenomene peritoneale. Ne referim la cazul unei tinere bolnave, mamă a doi copii, pe care am examinat-o de curând la unul dintre sanatoriile din Capitală cu numeroși alți confrați și la care diagnosticul formei clinice de tuberculoză, acela de *tuberculoză miliară*, nu a putut fi stabilit cu certitudine decât prin radiografie. Sunt reflexiunile provocate de această observațiune clinică care ne-a determinat să reluăm studiile de curând publicate privitoare la tuberculozele generalizate; ele ne-au servit la interpretarea simptomelor și în parte la determinarea prognosticului, dovedindu-ne în acelaș timp necesitatea înlocuirei termenului de *granulie* prin acela de *tuberculoză miliară*, cel dintâi neputându-se aplica în cazurile noastre și necuprinzând decât unul dintre aspectele posibile ale acesteia de pe urmă.

BIBLIOGRAFII

Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses par le Docteur Jules Bordet Directeur de l'institut Pasteur de Bruxelles, membre étranger de la Société Royale de Londres; Membre associé de l'Institut de france et de l'Académie des sciences des états-unis. *Deuxiéme Édition Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 880 pagini . . . . . $ 3,90

Dacă studiul fenomenelor în raport cu imunitatea a atras o mulțime de cercetători, a reunit materiale imense, s'a ridicat la rangul unei științe distincte grație lucrărilor Prof. Bordet, al cărui nume va rămâne legat de descoperirile cele mai importante din acest domeniu din ultimii 50 de ani.

Imunitatea tinde să degajeze din constatările sale, mijloace fidele și practice de a conferi starea refractară la animale primitiv sensibile, sau de a vindeca infecțiuni declarate. Prin serviciile pe cari le aduce în această ordine de idei, ea consacră alianța clinicei cu laboratorul. In fine, prin fecunditatea metodelor sale, pe cari eventual le împrumută altor științe, ea proiectează uneori asupra domeniilor învecinate preciziuni neprevăzute și contribue în mod eficace la progresele generale ale biologiei. Astfel se poate caracteriza obiectul și rezuma cadrul lucrărei. Este cel mai frumos elogiu ce se poate aduce operei magistrale a lui Bordet.

Lucrarea începe cu câteva generalități — indicațiuni asupra imunității naturale — apoi urmează o expunere amănunțită a imunității celulare, al fagocitozei și a modurilor sale; o a treia parte este consacrată imunității humorale; rolul serurilor, procesele lor de acțiune;—o ultimă parte aplică maladiilor și terapeuticei datele generale căpătate în biologie.

Trebue să adăogăm acest detaliu material că lucrarea comportă 880 pagini bine imprimate și ordonate.

Idei actuale în tratamentul plăgilor țesuturilor moi *)

de Dr. TOMA IONESCU

Imprejurări noi au actualizat o veche problemă de terapeutică chirurgicală, a tratamentului plăgilor țesuturilor moi și faptul că se discută oportunitatea diferitelor metode de urmat, ne arată că înțelegerea nu-i făcută asupra celei mai bune căi de ales.

Trebue cunoscut că din timpul războiului mondial problema s'a pus pe baze noui, cu contribuția studiului bacteriologic, biologic cu fizio-patologia și anatomia patologică a plăgilor.

Ideea, s'o spunem dela început — a exciziei și suturei plăgilor, — nu e nouă. Genealogia ei e veche, nu însă sub această formă. O găsim în stare embrionară în secolul XVI. *Jean de Vigo* făcea «curățirea chirurgicală» a plăgii — *Ambroise Parré*, hemostaza și sutura primitivă. Sunt încercări de tratament bazate pe logică și simț clinic. Problema s'a desbătut în decursul războaielor, când era mai vie, fără să capete cea mai bună soluție. Numai în războiul 1914 — 1918 a fost situată pe baze științifice și aceasta în partea a doua a campaniei.

Inainte trebue să reținem faptul experimental al lui *Friederich*. Acesta în 1898 inoculează la 2 iepuri, cărora le produsese în aceeași regiune, câte o plagă experimentală asemănătoare, pământ. Pe unul din animale îl lăsă să evolueze fără nici o intervenție, iar pe cel de-al doilea îl supunea unui act chirurgical. Debridează focarul, excizează țesuturile din jur, și suturează. Primul iepure moare printr'o infecție anaerobă, al doilea se vindecă per primam, cu o condiție: intervenția să fie făcută în primele 6 ore. El a mers cu investigația mai departe, a studiat din oră în oră flora bacteriană. Intreaga problemă a tratamentului plăgilor era rezolvată, Ceia ce stabilise experimental, *Friederich* aplică în practica curentă, cu rezultate bune. Nu s'a ținut seamă nici de experiențe, nici de faptele reale. S'a ajuns însă la aceeași concluzie pe alte căi, prin cercetări mai ample, și cu sacrificii omenești.

Astfel, păstrând la începutul războiului mare, tradiționala linie de conduită conservatoare în tratamentul plăgilor, rezultatele au fost dezastruoase. S'a căutat remedierea și s'a început studiul bacteriologic și anatomopatologic al plăgilor care a fost făcut de *Policard*. Când acesta și-a publicat rezultatul cercetărilor sale, lucrul a căpătat un aspect cu totul nou.

Orice plagă e infectată prin agentul cauzator, mai puțin prin resturi vestimentare, prin corpi străini mai mult, Infecția nu e aceeași dela suprafață până în profunzimea plăgii. La suprafață sunt microbii saprofiți ai pielei, în profunzime cei inoculați. Aceștia sunt repartizați în cuiburi microbiene (*Wright*), ce se găsesc diseminate în lungul traectului și cea mai mare parte în jurul corpului străin.

Timp de mai multe ore, nu-i nici o înmulțire microbiană. Germenii inoculați sunt nemodificați, iar exudatul e relativ aseptic. E o perioadă de statuquo a infecției, în care nu se petrece nici o manifestare. Către ora 6 începe multiplicarea saprofiților, tetragenu, stafilococului, a anaerobilor între orele 6 — 10-a și dela 12 ore înainte este o predominare netă a florei aerobilor.

Acestea sunt date schematice. Problema este mult mai complexă, foarte variabilă cu germeni inoculați, cu mediul pe care se pot desvolta, cu asociațiunile microbiene posibile.

Acestea joacă un rol mare. Specii de microbi se ajută între ele și cresc cu mai multă ușurință, altele însă sunt piedici de viață comună. Asociația între stafilococ și streptococ e cea mai frecventă, urmează stafilococul cu piocianicul. Aerobii, stafilococul și streptococul facilitează evoluția anaerobilor prin consumarea oxigenului din plagă, și în fine anaerobii între ei își exaltă virulența și fac obiectul gangrenei gazoase. Fiecare plagă își are bacteriologia ei, iar evoluția eei bacteriologică a fost stabilită de *Policard* și *Sacquepée*. Mai mult, ultimul a formulat în cifre progresia de creștere a microbilor. Astfel, de unde între orele 6 — 10 multiplicarea e de 600 microbi pe mm.3, la 48 de ore avem 60.000 de germeni pe mm.3.

Studiind concomitent reacțiunile care se petrec la nivelul țesuturilor, *Policard* și *Phelip*, au descris următoarele faze:

a) In primele 6 ore avem o imobilitate aparentă a plăgii. Pare că nimic nu se petrece la nivelul său. E o perioadă de liniște latentă, de siderare.

b) Dela 6 ore începe reacțiunea țesuturilor, caracterizată prin necroza părților traumatizate și apariția leucocitelor, care este anterioară înmulțirii microbilor și pregătesc mediul proteolitic.

c) Și în fine în faza a treia, avem înmulțirea activă a microbilor și un aflux abundent de leucocite, supurația plăgii.

De ce în primele 6 ore nu-i nici o modificare a germenilor inoculați? Explicația acestui fapt s'a dat, făcându-se analogia cu ceia ce se petrece într'o cultură obișnuită microbiană și în aceasta *Chesney* a descris o fază latentă, în care nu-i nici o înmulțire a germenilor însămânțați. Pe lângă aceasta e o explicație de ordin humoral și cea mai justă. Ceeace împiedică creșterea microbilor în lichidul organic al țesuturilor, este puterea antitriptică a humorilor. Când această putere antitriptică este anulată, începe un proces de proteoliză, care-i necesar desvoltărei microbilor.

Și apoi mai trebuește ținut seama că o parte din microbi sunt aduși sub formă de spori care reclamă un timp până încep să germineze.

Am văzut că pentru înmulțirea microbilor e nevoie de un proces de proteoliză. In ce constă?

Plaga prin definiție e o soluție de continuitate, cu un aspect variabil, după agentul cauzal.

Țesuturile cari au fost interesate, devitalizate prin lipsa de circulație, sunt obiectul unei acțiuni diastazice, care desface moleculele albuminoide din protoplasma celulară în acizi aminați, polipeptide, peptone. Aceasta constitue procesul de proteoeliză.

Origina fermenților proteolitici a fost găsită în însuși substanța musculară, e o origină endocelulară în cantitate mică, în leucocitele polinucleare neutrofile. Acestea conțin fermenți digestivi, proteaza și erepsinaza care degradează materiile proteice până la acizi aminați. Microbii însăși secretă o diastază proteolitică, mai ales piocianicul și proteusul, și mai mult decât aceștia, anaerobii.

Procesul de proteoliză distruge țesuturile moarte și ajută astfel la curățirea plăgii. In acelaș timp, produsele care rezultă din desfășurarea lui, peptonele, sunt medii excelente de cultură pentru microbi. De aci necesitatea de a distruge acest mediu — de a-l suprima. Astfel s'a născut o nouă metodă terapeutică care e de exereză a părților mortificate, a viitorului mediu de cultură, cu însămânțările cari s'au făcut pe el. Se înlocuește procesul biologic care pune timp și risc în desăvârșirea lui, cu actul chirurgical care «debarasează rapid organismul de un cărbune incandescent, căzut într'un mediu inflamabil» (*Roux*).

In ce constră? O primă obiecțiune. Nu orice plagă poate fi supusă acestui tratament. Dacă o plagă articulară, o fractură deschisă, poate fi tratată astfel (prin excise și sutură primitivă) sunt și contra indicați. Plăgile cumplexe, contuzii cu distrugere musculară mare, cu infiltrări masive, cu decolări întinse, cu leziuni ale pachetului vasculo-nervos nu sunt propice acestui tratament. La fel plăgile fe-

*) *Lucrare făcută în clinica chirurgicală și urologică, Prof. Dr. N. Hortolomei.*

Noul antiseptic bucal și faringeal

cu efect puternic chimioterapeutic
la suprafața și în adâncimea mucoaselor

Pastile de REVASA

Profilactic contra tuturor afecțiunilor bucale și faringiene precum și în diferite angine.

Ambalaj original
Cutie cu 20 pastile

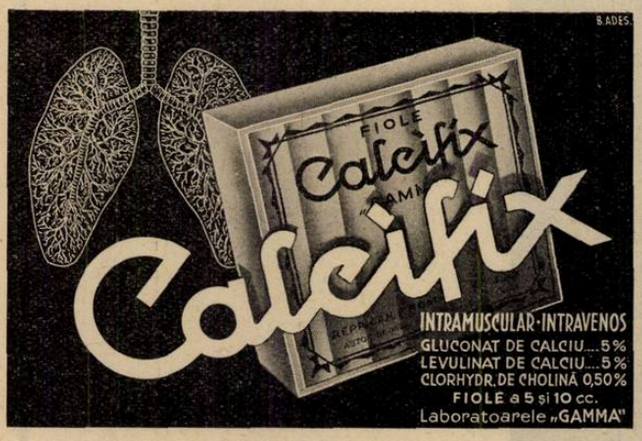
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Strada Brezoianu No. 53, Telefon 3-92-86, Sucursala: Cluj, Calea Moților, 18 Tel. 37-22.

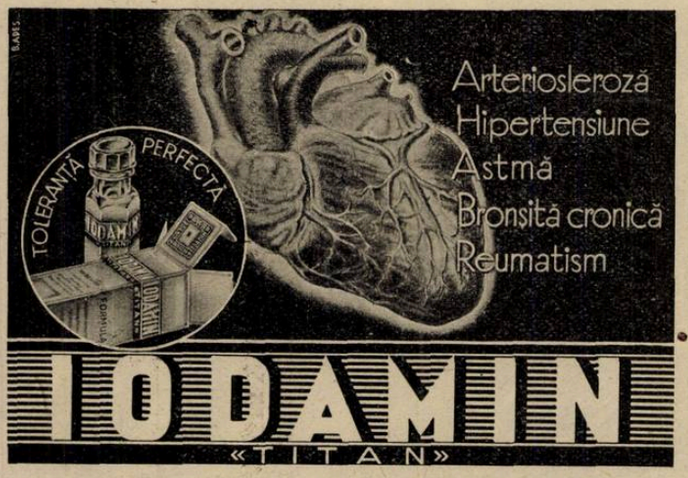
NEOTHORIUM «MILLOT»

COMPRIMATE OVULE CREIOANE

PE BAZĂ DE SĂRURI ALE PĂMÂNTURILOR RARE



INTRAMUSCULAR, INTRAVENOS



MEDICAŢIUNEA IODATĂ INTENSIVĂ

GYNOFOLIN

HORMON FOLICULAR OVARIAN

Produs pur biologic titrat în unităţi şoarece (U. S.)

Oligo-hipo-dismenoreele ovariene, amenoreele primitive, secundare, frigiditate, sterilitate, boale de piele, menopauze, **copii născuţi înainte de termen, vulvo-vaginita gonoreică la copii**

Fiole cu 100, 500, 1000, 2000, 3000, 5000, 10.000, şi 50.000 U. S.

Comprimate: un tub = 15 1000 U. S.

Gynofolin intern: pentru copii debili, născuţi înainte de termen.

Gynofolin extern: pentru aplicaţiuni cutanate (acnee vulgaris, acnee juvenilis, pruritus vulvae, pruritus senilis).

ANDROSAN

HORMON SEXUAL MASCULIN

Preparat pur biologic titrat riguros în unităţi creastă de găină (U. C. G.)

Insuficienţele testiculare, infantilism, impotenţa, presenilitate, climacterium viril, neurastenie, **hipertrofia de prostată,** turburări de micţiune.

In gynecologie: hiperfoliculinemie, mastită menstruală, mastopotia cronică.

Cutii cu 4 fiole a 1 cmc.

1 fiolă = 100 U. C. G. = 5 mgr.
= 200 U. C. G. = 10 mgr.
= 500 U. C. G. = 25 mgr.

Repr. ştiinţifică pentru România: „S. I. F." s. a. r., Bucureşti IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

selor, coapsei sunt greu de tratat în acest mod, spre deosebire de plăgile superficiale, ale feţei capului. *Lemaître* pe timpul războiului excludea leziunile foarte grave anfractoase, pline cu bucăţi vestimentare, cu traecte multiple şi pierdute. Plăgile care în primele ore căpătau un aspect verde cenuşiu, refuzau excizia.

Actul chirurgical în sine, dacă a fost descris de *Roux* în tratatul său de Mică Chirurgie, nu e atât de simplu. Cere din partea chirurgului multă conştiinciozitate, date anatomice precise, răbdare şi timp la dispoziţie, condiţiuni aseptice riguroase, toate regizate metodic. Timpi operatori sunt eşalonaţi de planurile anatomice. Tegumente, aponevroză, muşchi. Fiecare tratată în parte. Termenul francez care a mai fost întrebuinţat «epluchage» arată meticulozitatea ce trebueşte rezervată fiecăruia.

Câte odată se poate ridica în bloc ca pe o tumoră întreaga plagă. Pentru aceasta se cere o anumită plagă şi o anumită regiune care să se poat preta acestui fel de a proceda.

Anestezia generală e recomandată. Câmpul operator nu se mulţumeşte cu o simplă badijonare cu tinctură de iod. Pielea e murdară de pământ, impregnată de pudră. E nevoe să fie spălată cu apă şi săpun lichid, cu peria. Se complectează, ştergându-l cu eter, care degresează şi Tinctura de Iod care contribue la o desinfecţie complectă.

Se începe actul chirurgical cu excizia pielei. Trebueşte făcută cu bisturiul la o depărtare de 1/2 cm. de marginile plăgei, în ţesut sănătos, să cuprindă tot ce-i contuzionat, deşirat, să urmeze linii sigure, fără şovăială, să fie făcută pe cât se poate în axa membrului. Uneori întâlnim decolări ale tegumentelor. Când sunt mici le despicăm, când sunt prea mari facem o contra incizie în partea declivă. Marginele plăgei astfel obţinute le izolăm în comprese sterile.

Aponevroza descoperită, se recomandă schimbarea mănuşilor şi instrumentelor. Cu foarfeca se excizează din aponevroză tot ce-i în jurul focarului, tot ce-i zdrenţuit, atât cât să avem o expunere cât mai largă a plăgei propriu zisă şi pentru siguranţă se desface aponevroza dincolo decât credem că ar fi necesar.

Incepe partea cea mai grea a actului operator, excizia muschilor. Sunt interzise explorările digitale ale traectelor, a fundurilor de sac. Pensa de disecţie şi foarfeca sunt singurele care au acces în plagă. Corpii străini, în genere proectilul, resturi de îmbrăcăminte, trebuesc ridicate cu îngrijire. Traectele urmărite şi excizate, anfractozităţile evidenţiate. Excizia musculară e faptul capital. E simplu să ridici toate lambourile musculare, care sunt libere, flotante în focar, dar pe lângă aceste delabrări evidente sunt retracţii musculare în teacă, care nu trebuesc uitate, iar massa musculară suferă la distanţă efectele contuzii puternice la care a fost supusă şi se traduc prin focare hemoragice, prin fenomene de ischemie, care formează contuzia ischemiantă a lui *M. Arnaud*. «Ea lasă în stare de vitalitate precară, o zonă de topografie tot atât de imprecisă, cât şi de neregulată. Contuzi arteriale, spasme vasculare, plăgi capilare, spasme musculare, traumatisme nervoase locale, perturbări vasomotorii regionale sau generale», acesta-i tabloul.

In Germania aceste lucruri au fost studiate de *Ricker* şi *Victor Schäffer*, mai ales din punct de vedere al procesului de cicatrizare, şi-au urmărit perturbările de circulaţie la acest nivel, dată de jocul vaso motorilor.

Intr'o excizie completă, trebueşte ridicată şi această zonă, în care deşi leziunile sunt histologice, vitalitatea e compromisă. Trebueşte văzut cu ochii liberi leziunea microscopică. E cheia succesului. *Lemaître* spunea că o coloraţie roşiatică a muşchiului, cu lustrul secţiunei, sângerarea acesteia şi contracţia muşchiului când este ciupit cu o pensă sunt indicii că suntem în ţesut sănătos.

Heitz Boyer partizanul înaltei frecvenţe în chirurgie, pledează pentru întrebuinţarea bisturiului electric şi face o «toaletă electrică». El spune că avantagiul este mult mai mare a acestuia prin puterea hemostatică, desinfectantă, etc. Plaga astfel tratată nu poate fi închisă niciodată dela început.

Un factor esenţial îl constitue hemostaza. Dacă e posibil nici nici o ligatură în plagă. Prin forcipresură oprim hemoragiile mici. Vasele mari s'a recomandat să fie legate în afara plăgei. Nici un fir de catgut în plagă, spun unii.

Tendoanele, nervii sunt respectaţi. Nervii secţionaţi sunt suturaţi cu fir de mătase, trecut numai prin nevrilem.

La sfârşit trebue să rămână o plagă chirurgicală, cu pereţii netezi, cu fundul curat.

Ajunşi aci, intervine discuţia dacă această plagă poate fi suturată imediat, sutură primitivă, sau la 2—3 zile sutură secundară, întârziată.

Sfârşitul războiului lasa ca linie de conduită excizia şi sutura imediată, operaţia lui *Lemaître-Gaudier*, cum o numesc francezii a lui *Friederich* după Germani.

Aplicată în practica civilă, rezultatele au început să fie contraversate.

Aci e locul să amintim diferenţa pe care o fac unii, între o plagă de război şi o plagă din practică civilă.

Plaga de război, exceptând plaga prin arme albe, care e de un procent foarte scăzut, e o plagă prin armă de foc, prin glonte de srapnel, schije de obuz. Agentul cauzator loveşte pe o suprafaţă limitată, leziunile sunt aproape circumscrise, formează «camera de atritiţie», cum o botezase *Ombrédanne*.

Plaga din practica civilă se datoreşte accidentelor de muncă, de automobil, de tramvai, forţa vie e mai puternică, suprafaţa de contuzie mai întinsă, leziunile mai difuze, ţesuturile mai mult sfărâmate.

De aci diferenţierea între cele două plăgi, pentru unii.

Nu avem aceleaş leziuni, însă «nu-i o chirurgie de timp de pace, şi una de timp de război. Aceasta nu-i adevărat. E o chirurgie a traumatismelor membrelor care este aceiaş, oricare ar fi cauza care ar produce-o» *(Picot)*. Acelaş lucru îl susţine *Duval, Mathieu, Basset*, etc.

Tratamentul plăgilor din practica civilă a deschis discuţia suturei primitive.

B. Deplas din 1926, într'un articol din «Presse Médicale», face procesul acesteia. Pentru el, sutura poate fi utilizată numai în cazuri excepţionale, în plăgi superficiale, în plăgi tăiate, în care elementul contuzie a fost redus la minimum. In celelalte cazuri, plaga după ce a fost excizată e pusă subt observaţie într'un pansament. După 4—5 zile dacă are un mers bun, face o sutură secundară.

In 1933 *Braine*, într'o formă lapidară spune că sutura nu-i necesară pentru viaţa rănitului, dar e suficientă pentru a-l omorâ.

Erau discuţii sporadice, utile, nu actuale. Evenimentele au pus-o la ordinea zilei.

Tot *Deplas*, în cursul anului trecut, într'o comunicare în Februarie — la Academia de chirurgie din Paris, atacă iarăşi sutura primitivă. *Braine*, îl aprobă categoric şi-i laudă curajul de a denunţa, nu riscul, ci dezastrul, după el, al suturei primitive.

In discuţia deschisă *Picot* regretă critica acerbă care se face unei metode admirabile, câştigată cu sacrificii în anii războiului şi întrebuinţată cu succes şi folos. Pentru el nu metoda e rea, ci indicaţiunile au fost greşit puse şi execuţia actului operator defectuos condusă. Aprobă, pe *Deplas* că excizia trebueşte să fie «complectă, conştiincioasă, obstinantă» pe *Braine*, că-i o «operaţie de probitate». E catechismul metodei care nu admite nici o abatere. Nerespectarea lui o compromite.

Duval fără menajamente răspunde lui *Deplas*, comunicarea trebuia intitulată: «Pericolul suturei primitive rău făcute».

Gaudier o apără paternel şi se con-

solează că, «în orice terapeutică operatorie, nu a existat unanimitate».

Vassitch din Belgrad, într'un raport prezentat Academiei la Paris, pe un mare număr de plăgi tratate prin sutura primitivă obține rezultate bune. Se ferește totuși de a deduce inocuitate metodei.

Fourmentraux ca și *Fredet*, care apără metoda, pentru siguranță, injectează în timpul actului operator, intraarterial mercuro-crom din soluția 2%.

Lângă acest fel de a acționa, putem alătura pe autori americani *N. K. Jensen, L. W. John Strud* și *M. C. Nelson*, care aplică local sulfamide 5—15 gr. în fracturile deschise, tratate prin excizie și sutura primitivă a plăgei. ei au demonstrat experimental că sulfamida e mai eficace aplicată local, decât administrată pe cale bucală sau prin injecție.

Și unul și altul prin tratamentul anti-infecțios își mărturisesc indirect rezerva care o iau asupra suturei primitive.

In literatura germană, excizia și sutura cunoscute sub numele de metoda lui *Friederich*, a provocat discuții. La Congresul Soc. Germane de Chirugie din 1935, *Zur Verth* face raportul chestiunei la ordinea zilei «Timpul și tehnica exciziei plăgilor», în care pledează pentru excizia largă. *Magnus*, fără nici o restricție e partizanul exciziei și suturei primitive și recent într'un articol din «Medizinische Klinik» (1940), pledează pentru ea. *L. Böhler* în plăgile recente face excizia și sutura primitivă, complectată cu imobilizare. Pe 11893 de cazuri, poate cea mai mare statistică publicată, are 4 morți (1 gangrenă gazoasă, 1 septicemie, 2 tetanos) 23 de amputați și un caz de flegmon gazos.

La noi în al 8-lea congres Național de chirurgie Prof. *Iacobovici* în raportul: «Tratamentul plăgilor superficiale», conchide: «Tratamentul cel mai rațional este extirparea zonei traumatizate și sutura sa», iar *Gl. Dr. Gh. Pârvulescu*, co-raportor: «Tratamentul ideal este ablațiunea chirurgicală a părților zdrobite, mortificate, extragerea corpilor străini și sutura primitivă a plăgei astfel preparată. «Pentru plăgile de război face o rezervă categorică și spune: că nu se poate proceda astfel. Argumente: «nici instalația, nici materialul de operație și pansamente și nici transportul nu-l putem avea în condițiuni ideale». E o părere deosebită de a majorității.

Prof. *Hortolomei*, într'o ședință a Societății de Chirurgie, apropos de tratamentul fracturilor deschise, descrie în amănunțime timpi operatori ai actului chirurgical al tratamentului părților moi și spune: «nici o sutură pe mușchiu, se coase numai pielea și se pune un tub de dren, care trebue să fie așezat în punctul cel mai decliiv și posterior și aceasta chiar când vom fi obligați a-l scoate printr'o contra incizie în țesuturi nelegate. Aceasta în fracturile mai simple, în cele cu esquile și focar mare, după curățire e mai prudent să punem fire de așteptare».

Sutura făcută imediat, bolnavul trebuește urmărit zi de zi. Nu-i admis să fie nesupraveghiat, evacuat în timp de război, scăpat controlului. La cel mai mic incident post-operator intervenim. Sutură imediată, evacuare precoce, sunt două lucruri incompatibile, sutură imediată și evacuare tardivă la 8 — 10 zile este singura admisă.

In ultimele ședințe ale Academiei de chirurgie din Paris a fost aproape un acord, asupra suturei primitive *Grégoire, Chevassu, Lenormant, Mondor, Monod)* cu condiția categorică ca bolnavul să fie sub ochiul aceluia care a executat actul operator.

Sutura secundară se poate face până la 5 zile, dela excizie, de preferat la 3 — 4 zile. După aspectul plăgii și mai ales după examenul bacteriologic *(Carrel)* se suturează plaga.. Unii fac sutura etajată din profunzime, suturează în fiecare zi câte un plan anatomic.

E un fel de a proceda care pune mai mult timp pentru vindecare.

Chirurgi de înaltă autoritate ca *Gosset*, se declară partizani convinși ai suturei întârziate și numai al ei. *Roux — Berger* are o expresie dură, numește sutura primitivă «o nebunie», fiind impresionat de câteva exemple proaste. Termenul nu a fost lăsat să treacă nerectificat. Cu *Deplas, Braine*, formează o «mică» minoritate, sutura primitivă a fost câștigată după o aspră experiență, și-și menține dreptu-rile dobândite.

Rezultatele bune obținute de *Böhler* prin imobilizare, trebuesc alăturate de metoda spaniolă, recent numită astfel, de tratament al plăgilor.

Este apliicarea în tratamentul plăglor a principiilor pe care *Orr* le-a propus în tratamentul osteomyelitelor tamponarea plăgii operatori cu comprese vaselinate și imobilizare într'un aparat gipsat. *Arnaud, Paves*, care au urmărit răniții din războiul spaniol, tratați astfel, se declară satisfăcuți de starea locală pe care o găseau când ridicau gipsul. Plaga era acoperită cu muguri roșii, bogat vascularizată, și expusă câteva zile la aer se epidermiza complect. Alte ori o găsea cicatrizată.

Metoda nu-i nouă. Nu-și are obârșia în războiul civil din Spania. In Franța *Olliier* ș școala lyoneză avea principiul, în stările acute, al imobilizării membrului, într'un aparat gipsat și pansamente cât mai rare iar *Gangolphe* preconiza acelaș lucru în plăgi.

Nu tot așa se exprimă *Gasné* (din Perpignan) care a urmărt un alt lot de răniți, tot din războiul din Spania.

Rezultatele erau proaste. Peste plagă fără nici o toaletă, fără excizie și fără pansament se aplicase un aparat gipsat circular. *Soulie* și *Linares* au arătat în «Journal de chirurgie» (Ianuarie 1940), indicațiunile curei oclusive în tratamentul fracturilor deschise. Ei pun în primul loc respectarea principiilor *Lemaître-Gaudier*, din sutura primitivă, cari sunt aceleași pentru cura occlusivă, adică intervenția în primele ore și excizia plăgii. La răniți văzuți de *Gasné*, nu s'a ținut seama de acest fapt și consecințele au fost mai mult decât proaste. Aplicarea unui aparat gipsat pe plagă fără nici un act operator *Lenormant* îl numește «sabotaj chirurgical».

In Germania principiul aparatului gipsat a fost pus de *Langenbeck* și întrebuințat de von *Bergman*, acesta a prezentat un fapt convingător. Un bolnav tratat și vindecat prin imobiilzare moare de disenterie. La necropsie, în plaga cicatrizată găsește resturi vestimentare. Principiul imobilizărei printr'o întâmplare avea sprijinul unui fapt experimental, care nu a fost valorificat.

Leveuf l'a încercat pe timpul războiului mondial, obligat de împrejurările în care lucra. Pentru el, excizia plăgei, după regulele obișnuite, era obligatorie. Orice punct de sutură exclus. Pansamente totdeauna a plat, nu tampona și imobilizarea era făcută într'un aparat gipsat care prindea articulații supra și sub jacente. Rezultatele au fost bune.

Aparatul gipsat se păstrează săptămâni întregi, se îmbibă de serozitate, sânge, puroi, devine mirositor, fetid chiar. Bolnavul trebuește supraveghiat. Puls, temperatură, durere, senzație de greutate locală, sunt indicii că procesul de desubt e în evoluție proastă. Se fac limfangite, fuzee purulente, artrită de vecinătate. Sunt complicațiuni care survin.

Nu poate fi preconizat ca un tratament sistematic, ci folosit la nevoie în războiul de mișcare, în lipsă de material, de ajutoare, când rănitul trebue evacuat. E un tratament de necesitate, nu de alegere.

* * *

Când plaga o vedem la 3—4 zile, în plină cultură microbiană, tratamentul ei e cu totul diferit.

Tratamentul ei listerian are un imens arsenal de medicații antiseptice. Unele au fost en vogue, apoi au dispărut, altele se încearcă.

Din tratmentul unei plăgi infectate nu vom reține decât câteva metode.

Irigația continuă a lui *Carrel*. Acesta a studiat și publicat în 1917 cu *Dehelly* «Tratamentul plăgilor infectate». In locul antisepticelor care distrug țesuturile pe lângă microbi, au

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

ANERTAN

Propionat al testosteronului
în soluţie uleioasă

Preparat testicular

sintetic şi exact dozat

4 fiole cu câte 5 mg
4 fiole cu câte 10 mg
2 fiole cu câte 10 mg

Indicaţiuni:

♂
Prostatism
Neurasthenie
Deficienţă sexuală
Senilitate precoce

♀
Mastopatii
Dismenoree
Incontinenţa urinei
Nimfomanie

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREŞTI IV

căutat o substanţă care să menajeze ţesuturile, să fie lipsite de toxicitate şi cu o putere bactericidă mare. Au găsit-o în soluţia *Dakin*. Inainte de întrebuinţarea ei fac toaleta plăgei asemănătoare exciziei..

Pentru a obţine un rezultat bun trebue ca soluţia să fie în continuu contact cu plaga, să păstreze o concentraţie constantă, care e scăzută din diverse combinaţiuni cu proteinele ţesuturilor, a sângelui, a puroiului, condiţii care nu pot fi îndeplinite decât printr'o irigaţie continuă, prelungită, Durata irigaţiei e dată de lipsa febrei, de aspectul plăgei, supleţea marginilor şi dispariţia puroiului. Totul complectat de un frotiu. Când s'a obţinut sterilizarea, se poate închide plaga secundar.

Injecţii intra-arteriale. *Maltagliotti* în 1665 a avut primul ideea de a introduce pe cale intra-arterială o substanţă medicamentoasă. In 1913 *Leriche*, caută o acţiune directă a serului antitetanic, injectându-l intra-carotidian. *F. Fiolle* în în 1914 întrebuinţează calea arterială ca să introducă oxigenul în combaterea gangrenei gazoase. După războiu, *Leriche*, *Fourmenteaux*, *Fredet*, *Dos Santos*, *Lamas*, studiază principiul, avantajele şi contra indicaţiunile căiei arteriale.

De ce e preferată calea arterială?

Antisepticul introdus pe cale venoasă trece prin pulmon. Aci poate suferi modificări prin oxidare, sau alt fenomen necunoscut nouă şi ajunge la nivelul plăgei schimbat.

In al doilea rând pe calea arterială se poate folosi o concentraţie mai mare a medicamentului. Acesta atât cât a fost injectat ajunge în focar, nu-i diluat în întreaga massă sanguină şi impregnează ţesuturile a fond, dacă se mai recurge şi la manevra lui *Dos Santos*, un garrot, care să blocheze circulaţia de întoarcere.

In afara acestui fel de a explica lucrurile, sunt date fizio-patologice interesante de reţinut. Astfel prin injecţii intra-arteriale cu ser fiziologic s'au obţinut cicatrizarea plăgilor cari întârziau să se vindece. Explicaţia ar fi în modificările vaso-motorii care se petrec în arborele arterial dedesubt, analoage unei septicemii — şi care desigur se adaogă la acţiunea antisepticului.

Antisepticele întrebuinţate trebue să fie într'o soluţie isotonică şi cu pH, vecin de al mediului sanguin.

Cele mai folosite sunt mercuro-crom soluţie 2%, absolut contra-indicat când sunt leziuni renale. Violet de Genţiana (din soluţia: Violet de Genţiana 1 gram, alcool rectificat 10 grame, apă destilată 100 grame), sulfamide (Soluseptazină) Leriche.

Santy, sutinea că metoda e indicată în limfangite. In plăgile contuze în care ţesuturile sunt zdrobite, lipste de irigaţie, *Leriche*, nu o găseşte oportună. El recomandă în primul rând curăţirea plăgei şi apoi injecţia intra-arterială. Procedând astfel, rezultatul e bun.

Profesorul *Hortolomei*, *Burghele* şi *Podeanu*, comunică rezultatele bune în plăgile murdare, flegmonoase, unde numai prin angioterapie cu violet de genţiana, a obţinut vindecări rapide. El demonstră că metoda e bună şi în afara proceselor de limfangită.

Soluţia lui *Mencière* (Gaiacol, Eucaliptol, Balsam de Peru, Iodoform aa 10 gr., alcool 100 gr. Eter q. s. pentru 1000 gr.) se recomandă ca un bun mijloc de tratament.

Löhr, a impus ca o metodă a sa, tratamentul plăgilor cu untură de peşte, cu vitamină, prin preparatul său, Ungueloton, şi imobilizarea apoi printr'un aparat gipsat.

I. C. Lyth, aproprie de tratamentul cu irigaţie Carrel, injecţii intra-arteriale, tratamentul plăgilor prin soluţii hipertonice. El a studiat procesele histologice care se petrec în capilarele dela nivelul plăgilor, cu modifcările celulare şi staza consecutivă. Din cauza acesteia elementele de apărare ale organismului nu pot veni în ajutor. Pentru chemarea lor aplică soluţii hipertonice de sulfat de sodiu.

Tratamentul cu soluţii hipertonice a fost întrebuinţat în timpul războiului de *Wright*. El folosea clorur de sodiu. *Marcuse* aplica sulfatul de magneziu 25% şi după ce părţile mortifcate erau eliminate, uza sol. de clorur de sodiu 10%. *Lyth* pe 1096 de plăgi infectate, tratate în timp de patru ani, a experimentat clorura de sodiu, sulfatul de magneziu şi sulfatul de sodiu. Cele mai bune rezultate le-a obţinut cu ultimul..

Metoda se bazează pe diferenţa mare de presiune osmotică care are ca efect permeabilizarea căilor limfatice şi cu un aflux leucocitar abundent. Acestea curăţă, distrugând tot ce-i lipsit de viaţă, sfacelat.

Seroterapia locală şi generală e un adjutant folositor, iar cea antitetanică e totdeauna obligatorie.

In concluzie:

In primele 6 ore, terapeutica chirurgicală a plăgilor ţesuturilor moi, e stabilită, cu majoritate de păreri, la excizia şi sutura plăgei.

Excizia e esenţialul. Execuţia ei e un act de conştiinciozitate, de care depinde totul. Se face în orice plagă, a oricărei regiuni.

Sutura primitivă făcută, trebueşte urmărită. E obligator.

Sutura secundară îşi are indicaţii în plăgile în care excizia nu a mulţumit chirurgul şi în plăgile fessei, coapsei, etc.

Metoda oclusivă, cu aparat gipsat, nu-i primită decât la nevoie; nu-i un mijloc de ales, ci impus de împrejurări şi aceasta pentru uni.

In plăgile infectate, irigaţia *Dakin-Carrel* îşi menţine locul câştigat.

Soluţiunile hipertonice, sunt folosite cu rezultate bune. Angioterapia îşi capătă partizani, iar metoda lui *Löhr* îi are deja.

Astăzi, când împrejurările, precum am spus, actualizează problema, aceste date sunt bine de amintit.

In formaţiunile în care rănitul nu poate fi urmărit, op. *Gaudier—Lemaître*, nu poate fi executată.

Hemostaza, fără tripotarea plăgei, şi un pansament aseptic, cu evacuarea urgentă într'un mediu unde rănitul poate rămâne timp mai îndelungat, e actul chirurgical cel mai complect executat.

BIBLIOGRAFII

Der Kreuzschmerz in seiner Beziehung zur Wirbelsäule (Durerea lombară în raport cu coloana vertebrală) von Priv.-Doz. Dr. J. E. W. Brocher. Mit einem Vorwort von *Prof. Dr. Volhard*, Frankfurt A. M. 1 vol. 92 pag. şi 101 fig. Georg Thieme. Verlag, Leipzig 1938, RM, 21. 50 (legat), Reprezentat pentru România Librăria Medicală H. Welter, Sibiu, str. Regina Maria Nr. 28.

Autorul şi-a propus în studiul său să probeze că una din formele cele mai frecvente de reumatism: sindromul dureros sacro-lombar (lumbago, sciatică etc.), este determinat în genere de alteraţiuni ale articulaţiilor coloanei vertebrale.

Bazat pe o îndelungată experienţă clinică şi radiologică, D-rul Brocher concepe sindromul dureros sacro-lombar ca un reflex viscero-senzitiv, având ca punct de plecare articulaţiile coloanei vertebrale.

O bogată iconografie de o perfecţiune tehnică admirabilă, ilustrează această concepţie personală.

Diagnostische Drüsenpunktion (Punctia ganglionară ca mijloc de diagnostic) von Dr. R. Stahel, Assistent an der medizinischen Poliklinik Zürich. 1 vol. 68 pag. cu 29 fig. şi o planşă colorată. Georg Thieme, Verlag, Leipzig 1939, RM. 7.80 (cartonat). Reprezentant pentru România Librăria Medicală H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria Nr. 28.

Punctia ganglionară constitue o metodă simplă şi practică pentru stabilireea diagnosticului afecţiunilor ganglionilor limfatici. Utilitatea ei se învederează cu deosebire în diagnosticul limfogranulomatozei şi al tumorilor maligne.

Autorul expune amănunţit această metodă de explorare relativ recentă, atât din punct de vedere tehnic, cât şi al aplicaţiilor eei în clinică.

Noua lege de organizare a Corpului Medical

Discursul Prof. Dr. N. Hortolomei, Ministrul sănătăţei publice, ţinut în Cameră, la votarea legei

Proiectul de lege pentru organizarea Colegiului medicilor, supus astăzi desbaterilor domniilor voastre, a fost discutat amplu la Senat, unde se găsesc şi reprezentanţi aleşi, ai Colegiului medical. Am dat cu această ocazie lămuririle necesare pentru explicarea acestui proiect. Voiu reveni astăzi pentru a vă evidenţia importanţa şi principiile proiectului, adăogând şi unele complectări.

Opera de asistenţă medicală nu este o acţiune izolată a practicienilor. Desvoltarea şi perfecţionarea ei, cucerirea de noui mijloace de vindecare, descoperirea de noui metode, extinderea practicei medicale, sunt rezultate din cercetări cari sunt discutate şi însuşite în asociaţiunile de medici, în care preocuparea esenţială este asigurarea sănătăţei publice.

Asociaţiunile medicale sunt de multe feluri: avem asociaţiuni ştiinţifice, în cari se discută chestiuni de pură ştiinţă, urmărindu-se descoperirile de noi metode şi mijloace de vindecare a anumitor boli, cum şi perfecţionarea mijloacelor existente.

Cercetările propriu zise, studiile şi descoperirile se fac însă în laboratorii şi clinici.

In aceste asociaţiuni se frământă ideile şi faptele noui, se pune claritate şi precizie în ştiinţele medicale, ajungând astfel la scopul practic, progresul continuu în arta de a vindeca. Ele contribuesc în cea mai mare măsură însă şi la răspândirea ştiinţelor medicale, căci în această privinţă eforturile ştiinţifice nu cunosc fruntarii şi binefacerile se resimt pretutindeni. Asociaţiuni de acest gen sunt nenumărate şi chiar pe specialităţi, atât în streinătate cât şi la noi. Avem marea satisfacţie să vă putem spune că în centrele noastre universitare există societăţi medicale savante, cari pot sta cu cinste alături de cele străine. Asemenea societăţi au luat fiinţă şi în capitalele de ţinuturi, unde fiind medici mai mulţi, aceştia simt nevoia de a-şi comunica rezultatul cercetărilor şi observaţiunilor lor.

Dar în afară de organizaţiunile cu obiective pur ştiinţifice mai există şi asociaţiuni cu caracter definitiv sau temporar — congrese — în care se împletesc nevoile de organizare şi reglementare a practicei medicale cu interesul răspândirei şi îndrumării asistenţei în cadrul general al Statului, în vederea combaterii unor anumite maladii cari constituesc cauze de întârziere în desvoltarea unui popor. In aceste asociaţiuni aplicându-se rezultatul cercetărilor ştiinţifice se discută metoda şi mijloacele pentru organizarea acţiunei de combatere a maladiilor.

In acest mod medicina depăşeşte cadrul laboratorului sau al spitalului şi dobândeşte un caracter social.

In adevăr, în epoca noastră medicina a pătruns în toate domeniile vieţii individuale şi sociale. Avem o medicină şcolară care supraveghiază copilul în şcoală. Chemat de colectivităţi medicul pătrunde în uzine, face controlul sanitar, ia măsuri contra boalelor profesionale, dă avizul şi face controlul raţional şi ştiinţific al muncii; activitatea lui socială se întinde în administraţia şcolară, în birourile de Stat, în societăţile de asigurare şi în toate instalaţiunile industriale ori comerciale. Gândirea aceasta medicală pătrunde şi se răspândeşte peste tot, în igiena individuală şi colectivă a soldaţilor şi marinarilor, a comercianţilor etc. Graţie rolului lor lucrătorii din toate ţările au obţinut legiuiri speciale, care să-i proteguiască în lucrul din industrii, să-i ferească de boli, să-i asigure contra oricăror nenorociri şi să-i îngrijească la bătrâneţe. In toate medicul îşi are de spus cuvântul său autorizat.

Iată-l deci pe medic într'un complex de însărcinări izvorîte toate din programul ştiinţelor medicale. El trebue să fie pregătit şi pentru toate aceste îndatoriri cari au trecut cu mult chemarea lui dintâi —arta de a vindeca.

Incărcaţi cu atâtea îndatoriri, medicii s'au reunit în asociaţii profesionale, cu scopul de a-şi apăra drepturile şi libertăţile lor, de a impune disciplina Corpului, de a-i menţine prestigiul şi de-ai fixa locul pe care-l merită în cadrul social modern.

De aceea pe lângă asociaţiuni cu caracter ştiinţific sau social s'au format organizaţiunile profesionale medicale, cari astăzi sunt constituite în aproape toate ţările. Astfel în ultimii ani s'au întocmit noui legi în Germania, Italia, Belgia, Portugalia şi altele.

Noi nu avem până astăzi o lege specială privitoare la organizarea Colegiului Medical, deşi din iniţiativa lăudabilă a d-lui prof. dr. Moldovanu s'a prevăzut în legea sanitară din 1930 şi a funcţionat ca o asociaţie de fapt, fără a avea însă atribuţiuni bine determinate.

Proiectul de faţă organizând Colegiul Medicilor, urmăreşte reglementarea profesiunii de medic, în scopul de a apăra drepturile şi prestigiul Corpului medical. Dar mai ales de a asigura societăţii o cât mai bună asistenţă medicală, în aşa fel în cât atât din punct de vedere ştiinţific cât şi moral, exerciţiul acestei profesiuni să corespundă misiunei sale de vindecare a celor suferinzi şi de perfecţionare a rasei noastre.

* * *

In cuprinsul proiectului veţi deosebi trei categorii de dispoziţiuni: prin unele se stabilesc norme privitoare la cerinţele şi condiţiunile practicei medicale în scopul de a se controla pregătirea şi demnitatea în profesiune; prin altele se iau măsuri pentru a împiedica practica ilicită a medicinei sau reclama în scopul de a apăra prestigiul profesiunei; în fine, prin alte dispoziţiuni se urmăreşte ameliorarea situaţiei medicilor profesionişti şi ocrotirea lor prin înfăptuirea unor instituţiuni de asistenţă a medicilor şi a familiilor lor.

Cu privire la condiţiunile exerciţiului profesiunei proiectul stabileşte obligaţiunea pentru fiecare medic, posesor al unei diplome universitare şi a unei autorizaţiuni de liberă practică liberată de Ministerul Sănătăţii, de a cere înscrierea în Colegiul Medicilor la secţiunea judeţului respectiv, în cazul când voeşte să practice. Nu va putea nimeni să practice dacă nu va fi înscris în Colegiul Medicilor.

După modelul celorlalte organizaţiuni profesionale — ingineri, arhitecţi, avocaţi, etc, corpul însăşi al profesioniştilor, care este cel mai interesat de reputaţiunea şi progresul său, va exercita controlul asupra celor cari voesc să practice.

Bine înţeles Colegiul nu va putea să refuze cererile acelora cari vor îndeplini toate condiţiunile legii şi în această privinţă am prevăzut căi de atac la comisiuni prezidate de magistraţi şi dreptul de recurs în Casaţie, contra refuzului înscrierii.

Dar în acelaş timp Colegiul Medicilor supraveghiază respectarea principiilor de deontologie medicală, adică conduita medicului în exercitarea profesiunii lui, fixarea raportului medicului cu bolnavii, cu organizaţiunile Statului, cu profesiunile paramedicale adică — farmaciştii, personalul sanitar ajutător, etc., cu confraţii lui, cu un cuvânt supraveghierea medicului în activitatea lui profesională şi sancţionarea abaterilor. In acest scop s'au instituit comisiuni disciplinare chemate să ia măsuri în cazurile de abateri, desigur rare cari se vor ivi. Aceste comisiuni sunt astfel organizate încât se dau cele mai mari garanţii de obiectivitate, pentru ca nu numai abaterile reale să poată fi sancţionate, astfel că medicul acuzat de o greşală pro-

fesională, de ordin deontologic — în afară de orice greşeală de drept comun — i-am recunoscut prin lege dreptul de a fi judecat de confraţi de-ai lui cari formează ca un comitet de onoare; căci singuri medicii pot aprecia cauzele materiale şi psihologice a unei asemenea greşeli şi să precizeze echitabil sancţiunile.

*

Tot în cadrul aceloraşi preocupări am prevăzut şi unele incompatibilităţi cu exercitarea altor profesiuni. Printre aceste incompatibilităţi am prevăzut şi pe aceea că medicul nu poate să fie în acelaş timp şi farmacist. Mă grăbesc să adaog că dacă datorită unei împrejurări speciale de topografie sau de alt gen, un medic este autorizat să dea şi medicamente, aceasta nu constitue o incompatibilitate, cu condiţiunea însă ca el să facă aceasta numai la sediul circumscripţiei, la dispensar sau la spital — şi niciodată în cabinetul său sau într'un local deschis pentru folosul tuturor.

In acelaşi scop am dat în competenţa colegiului medical atribuţiunea—când va fi nevoia, de a reglementa onorariile.

Desigur faţă de titlurile dobândite după laborioase studii, orice medic trebue să aspire de a trăi în bune condiţiuni materiale împreună cu familia sa. Aceasta este necesar şi pentru societate căci numai în aceste condiţiuni el nu va recurge la compromisuri regretabile şi incompatibile cu profesiunea şi cu interesele bolnavilor săi. In general onorariile trebue să se fixeze de medic personal împreună cu clientul sau cu familia clientului. Avem medici de înalt fond moral care se identifica cu suferinţa bolnavilor, cari trăesc şi sufăr alături de dânşii fără a se gândi la remunerări. In această profesiune emoţionantă, cea mai nobilă şi însufleţită de cele mai înalte sentimente de dragoste pentru aproape, desigur că onorariile nu pot constitui niciodată un echivalent al muncei. Ele trebue însă să reprezinte un mijloc care să asigure medicului practica nestingherită a profesiunei sale şi consacrarea sa în întregime acestei înalte misiuni. Deşi profesiunea de medic este prin esenţa ei de naură morală, medicul fiind dator să dea asistenţă acolo unde există suferinţă, am prevăzut dreptul Colegiului Medical de a stabili în anumite cazuri o remunerare echitabilă pentru medic dar şi de a da posibilitate bolnavului ca prin mijloacele pe cari le are să poată recurge la ajutor medical. Cât priveşte căutarea gratuită, ea este largă în ţara noastră.

*

Prin alte dispoziuni ale proiectului se iau unele măsuri pentru a împiedeca practica ilicită a medicinei sau reclama. Măsurile prevăzute de proiect se impneau şi ele au fost cerute în nenumărate rânduri de colegiile medicilor. Nu trebue să se înţeleagă prin stabilirea acestor măsuri că medicii ar urmări interese personale. Problema este mult mai serioasă şi cererile formulate de asociaţiunile de medici în această privinţă sunt pornite de adâncul conştiinţei lor şi de simţimântul de responsabilitate. Când cu tot progresul medicinei şi cu perfecţionarea mijloacelor de cari dispunem în cercetarea unui bolnav, ne convingem noi medicii cât de greu este să indicăm unele mijloace de tratament — căci nu putem încă cunoaşte întotdeauna acel imponderabil idividual, când cu toate sacrificiile nu putem salva, nu este admisibil ca pentru scopuri pur materiale să se îngăduie reclama sau practica medicinei de cei necalificaţi. Se poate oare administra un medicament, eficace în principiu pentru anumite maladii oricărui bolnav? Adică administrarea medicamentelor să se facă fără nici un discernământ? Organismul acesta omenesc cu variatele lui aspecte şi deficienţe reacţionează identic la anumite medicamente? Avem noi medicamente specifice şi sigure pentru toate boalele?. Este posibil dar ca prescripţiunea medicală făcută după o atentă examinare a bolnavului să fie înlocuită cu indicarea şi vinderea medicamentului fără a avea cunoştinţele necesare?

Domnilor deputaţi, am dat exemple la Senat şi spuneam că medicamente cunoscute ca pyramidonul, iodul, luate mult timp fără prescripţiuni, pot să dea turburări grave şi uneori fatale. Sunt bolnavi cari cer medicamente după reclame, specialităţi, unii farmacişti şi droghişti le vând fără prescripţiune şi nu rare ori ele au urmări foarte serioase şi în cel mai uşor caz ele nu numai că nu sunt de efect dar lasă boala să se agraveze şi când bolnavul consultă medicul e prea târziu. Astăzi sunt multe specialităţi cu baze de sulfamide cari îşi au indicaţiuni cu bun efect în infecţiuni dar luate în anumită cantitate şi după o cercetare prealabilă a bolnavului; au fost însă cazuri când s'au vândut la cerere, bolnavii le-au luat mai multe zile decât trebue şi s'au întâmplat accidente grave, urmate unele de moarte. De aceea vânzarea medicamentelor trebue să se facă numai după prescripţia medicului.

Evident că nu este în intenţiunea nimănui şi nici a legii ca să se oprească vânzarea fără reţetă a unor medicamente bine cunoscute şi cari nu sunt vătămătoare.

Dar discuţiunea nu trebue minimalizată aşa cum se face de cei interesaţi şi nici nu trebue alunecată pe alt plan, susţinându-se că reclama ar fi un mijloc de a uşura asistenţa celor săraci. Toţi acei cari contribuim la sănătatea publică să rămânem fiecare în cadrul pregătirii noastre şi să nu dăm soluţiuni în chestiuni pe cari nu le cunoaştem.

In aceeaşi ordine de idei, legea, pentru a asigura prestigiul profesiunei, împiedică reclama cu caracter comercial a medicului. Medicul trebue să-şi asigure reputaţia şi clientela numai prin muncă onestă şi prin mijloace demne; reclama cea mai corectă şi care dă satisfacţiile cele mai mari este aceea pe care o fac bolnavii pe cari i-a îngrijit conştiincios şi cu devotament. Nu se pot permite reclame cari anunţă metode personale miraculoase, vindecări nesperate pentru incurabili, etc.

Pentru a înlătura aceste abuzuri, prin regulament Colegiul Medicilor va vea atribuţiunea de a controla reclamele şi a le permite în măsura numai în care ele nu ştirbesc prestigiul Corpului şi nu surprind buna credinţă a pacienţilor.

* * *

In fine, printre alte atribuţiuni ale Colegiului Medical am prevăzut şi unele cari urmăresc ameliorarea situaţiei medicilor profesionişti şi ocrotirea lor prin înfăptuirea unor instituţiuni de asistenţă a medicilor şi familiilor lor. Ca orice profesiune liberă dar mai ales în această profesiune în care dificultăţile sunt aşa de mari şi lupta e atât de grea, în care omul se convinge mai mult decât în orice altă activitate de limita redusă a puterilor lui, în sânul Corpului Medical trebue să existe solidaritate şi sprijin reciproc. Vom studia să organizăm *mijloace pentru asistenţa celor bătrâni sau a familiilor lor*, aceasta fiind o problemă de mare importanţă, căci astăzi sunt foarte mulţi medici cari nu reuşesc să-şi facă o situaţie materială ca să-şi asigure bătrâneţea.

*

Acestea sunt cele câteva observaţiuni pe cari avem să le fac cu privire la proectul ce vă este supus. Inainte de a termina îngăduiţi-mi să profit de acest prilej pentru a mulţumi corpului medical pentru toată străduinţa sa atât în domeniul ştiinţific cât şi în cel social, pentru munca neobosită şi frumoasele rezultate ale activităţii lui. In ultimul timp, datorită împrejurărilor excepţionale prin care trecem, munca medicilor pentru a preveni boalele contagioase a fost istovitoare — ajutaţi şi de autorităţi ei au biruit. Eu mulţumesc tuturor pentru înalta lor ţinută morală şi pentru patriotismul lor.

PROBLEME SANITARE

ORIENTĂRI ŞI DESORIENTĂRI *)

de Dr. I. BORDEA

III. Instituţiile de asistenţă medicală

Sunt un simplu spectator şi cu durere în suflet asist la agonia acestor mari opere «Samarinene». Convulsiunile lor mă impresionează profund, căci pe vremuri şi eu m'am străduit, să le redau un flux de viaţă cât mai puternic şi în bună parte reuşisem chiar. M'am străduit, zic, căci în concepţia mea ele reprezentau şi reprezintă şi azi un nesecat izvor de acţiuni umanitare, de conservare de vieţi şi de renaştere de forţe sociale şi naţionale. Pentru mine spitalele sunt şi un focar de iradierea culturii şi înălţării sufletului, căci după toate probabilităţile instituţia aceasta «Samarineană» în ultima ei formaţie este o creaţie a creştinismului. Dealtfel chiar menirea sa nu se putea încadra mai nimerit ca în dogmele creştine şi în morala Propovăduitorului, care a pătimit şi s'a jertfit pentru mântuirea omenirii din păcatele, în care căzuse. Dar orice interpretare i s'ar dar originei lor în alte părţi, fapt cert este, că la noi, — în vechiul regat — aşezămintele spitaliceşti sunt produsul credinţei creştine, pentru că în vremea, când omenirea se îngrija şi de suflet, Domnitorii şi boerii ţărilor româneşti se întreceau unii pe alţii, ca să întemeieze ctitorii şi să le înzestreze cu moşii şi cu alte danii. Din marea lor generozitate, — produs al credinţei creştine, — a luat fiinţă Eforia Spitalelor Civile.. Aşezămintele Brâncoveneşti, Epitropia Sf. Spiridon, Madona-Dudu, Stamate, Drăghici şi altele. Şi pentru că toate aceste aşezăminte erau înzestrate cu averi mari,— conform dorinţei ctitorilor lor, — bolnavii internaţi, — oricare ar fi fost originea şi situaţia lor socială şi materială, — se bucurau de gratuitate. Dealtminteri întreg mediul ambiant din aceste aşezăminte se deosebia mult de al celorlalte. Se părea, că ctitorii lor lăsaseră în aceste instituţiuni o parte din generozitatea sufletului lor şi din credinţa ce o aveau, de a se considera obligaţi, ca în viaţa aceasta vremelnică să se intereseze şi de soarta semenilor lor în suferinţi. In această atmosferă de pietate şi de profundă admiraţie pentru întemeietorii aşezămintelor spitaliceşti, medicii primari şi asistenţii lor, se străduiau ca să dea o cât mai bună îngrijire bolnavilor şi o cât mai temeinică pregătire tehnică şi sufletească tinerelor generaţii, cari îşi făceau stagiul de externi, de interni şi de secundari în serviciile de specialitate. Şi nu era deloc uşor, ca să ajungi într'o situaţie oficială. Se cereau probe temeinice, începând cu concursurile de externat şi terminând cu cele de medic primar. Imi vine în minte un proverb indian, care are oare care potrivire aci: In India se spune, că nu toţi cari aleargă pe câmpii prind măgarul sălbatec, dar cel care a prins măgarul sălbatec desigur că a alergat mult pe câmpii. In cazul de faţă nu toţi cei ce se străduiau, puteau să ajungă medici primari în aceste aşezăminte, dar cel care ajungea medic primar, desigur că era un erudit medic specialist şi un distins suflet.

Ar fi greu ca într'un articol de revistă să fac istoricul aşezămintelor noastre spitaliceşti. Şi pe urmă nu este acesta scopul ce mi l'am propus acum.

Fapt cert este însă, că şi Statul a construit spitale şi şi-au construit şi judeţele şi comunele urbane şi toate aceste instituţii de asistenţă medicală au fost întemeiate şi îndrumate după spiritul vremii. Nici la noi şi nici în alte părţi aceste instituţii, la începutul lor, nu au fost concepute dintr'un înalt spirit de solidaritate socială. Alte considerente de altă natură au stat la temelia înfiinţării lor şi chiar principiul gratuităţii, la noi s'a rezemat pe acele considerente. Din cauza aceasta spitalele noastre nu au putut să evolueze după cerinţele timpului. In viaţa lor au fost prea multe desorientări şi eclipse chiar, căci imixtiuni streine de chemarea lor le-a turburat prea des bunul lor mers. In această atmosferă destul de neprielnică şi bântuită de multe lipsuri, nici medicii n'au putut să se evidenţieze şi nici bolnavii nu s'au prea bucurat de o mai desăvârşită îngrijire medicală. E vorba de spitalele judeţene, comunale şi de Stat.

Cele mai multe dintre ele ar fi putut fi considerate bune pentru posturi de prim ajutor medical şi până la un oarecare punct acceptabile pentru izolarea contagioşilor.

In 1907 situaţia lor era jalnică. Cele mai multe erau lipsite de strictul necesar, ca să poată funcţiona.

Profesorii *Cantacuzino* şi *Sion* şi înainte şi după venirea lor la conducerea Serviciului Sanitar, au acordat spitalelor aceeaşi mare atenţiune pe care o acordaseră şi celorlalte servicii sanitare şi reorganizarea acestor instituţii îi preocupa foarte mult. Au avut multe consfătuiri cu medici cunoscători ai situaţiilor şi cu reprezentanţii Asociaţiei medicilor, care nu lipseau dela aceste cenacluri sanitare. Concluzia la care s'a ajuns a fost *etatizarea tuturor spitalelor; înfiinţarea depozitului de economat şi al depozitului farmaceutic şi temeinica lor înzestrare.* Nu intrau în noua formulă aşezămintele particulare, despre care am pomenit.

S'au făcut toate pregătirile şi în anul 1908 legea etatizării a luat fiinţă. Depozitele centrale fiind bine aprovizionate, refacerea materială a spitalelor s'a făcut în cele mai satisfăcătoare condiţiuni. Această nouă fază a fost un puternic stimulent pentru corpul medical spitalicesc. Inviorarea începuse pe toată linia. Medicii se grupau tot mai mult în jurul conducătorilor lor şi se întreceau în a da tot mai multă viaţă rodnică instituţiilor de sub conducerea lor. Fluxul de viaţă dat spitalelor prin organizaţia profesorilor *Cantacuzino* şi *Sion* a fost aşa de puternic încât cu toată apatia ce a urmat după aceea în conducerea centrală, instituţiile noastre de asistenţă medicală au intrat în războiul mondial bine pregătite.

Ce s'a întâmplat în urmă, se cam ştie. Un vis al multor generaţii împlinit. Provinciile-fice revenite la Patria-Mamă, slăbită fireşte după atâta luptă şi suferinţă ca să le desrobească, dar totuşi destul de puternică, ca să le ocrotească.

Măsuri grabnice de refacere s'au luat în toate direcţiile şi evident, că nici aşezămintele de asistenţă medicală nu putea fi neglijate, căci aveau prea multe lipsuri şi erau prea mari deosebiri de întocmiri şi obiceiuri şi din această cauză apăreau şi asperităţi şi nu era bine.

Era necesar deci, să se găsească posibilitatea de a le aproviziona cu materiale sanitare şi de a armoniza situaţiile şi partea aceasta din urmă nu era tocmai uşor de rezolvat, căci trebuia să se ţină seama şi de susceptibilităţi. Spitalele din Ardeal aveau o anumită structură şi funcţionau în temeiul unor legiuiri, care se deosebeau fundamental de al celor din vechiul regat şi acestea la rândul lor nu se asemănau nici cu cele din Bucovina şi mai puţin cu cele din Basarabia şi cu toate acestea un modus vivendi trebuia găsit.

De comun acord cu exponenţii provinciilor revenite la Patria-Mamă, în anul 1921, legea etatizării din anul 1908 s'a extins asupra tuturor aşezămintelor spitaliceşti din România întregită. Din nenorocire însă nu toate spitalele din Ardeal au fost luate şi de fapt, conform legii, sub ocrotirea Statului. Cele mai multe din ele, nu ştiu pentru ce, au rămas ale nimănui şi evident, că toate aceste instituţiuni au ajuns în cea mai jalnică situaţie, pentru că nimeni nu se mai interesa nici de întreţinerea lor şi nici de felul

*) Primele două capitole ale acestui studiu au apărut în «România medicală» No. 6 din 1 Martie şi No. 7 din 1 Aprilie

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

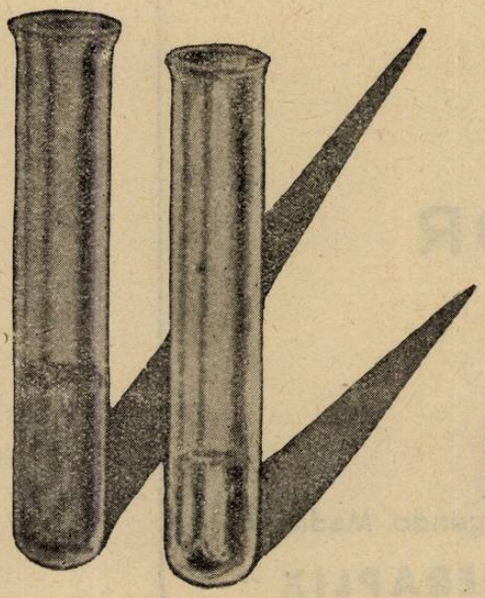
INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard, Str. S F. Ionica 8, BUCAREȘTI

IN CISTITE, PIELITE ȘI PIELONEFRITE



desinfectarea
căilor urinare

prin

NEOHEXAL

1814 125 ANI 1939

Dr. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

SEPTOPLIX

COMPRIMATE

— 1162 F —

paraminofenilsulfamidă

PROFILAXIA ŞI TRATAMENTUL

STREPTOCOCCIILOR

MENINGOCOCCIILOR

GANGRENEI GAZOASE

●

CHIMIOTERAPIA

GONOCOCCIILOR

ŞI TUTUROR INFECŢIUNILOR

THÉRAPLIX

98, Rue de Sèvres

— PARIS (7e) —

Propaganda Medicală

" THERAPLIX "

str. Anastasie Simu 6

BUCUREŞTI III

cum se administrau. Cum în Ardeal şi înainte de război, furnizorii deschideau mari credite spitalelor, aşa şi acuma au continuat să le crediteze. Când au văzut însă, că toate intervenţiile lor de a fi achitaţi n'au nici un răspuns, au închis robinetele aprovizionărilor şi au acţionat în judecată administraţiile spitaliceşti şi dându-lise câştig de cauză în justiţie, au pus sechestre până şi pe clădiri. In acele momente datoria spitalelor depăşia suma de treizeci de milioane lei, ceeace pe vremea aceea, faţă de comprimările ce se făceau, era un capitol destul de mare. In afară însă de datoriile amintite spitalele erau lipsite de medicamente, de instrumente, de efecte de pat şi de corp şi de obiecte de gospodărie. Imi revendic meritul, de a fi salvat aceste instituţii de asistenţă medicală, din marasmul în care ajunseseră. Luându-le sub administraţia Statului, conform legii, le-am achitat toate datoriile, le-am înzestrat şi le-am dat posibilitatea să funcţioneze în bune condiţiuni şi toate aceste cheltueli le-am acoperit numai din economiile a două bugete. Imi păstrez credinţa, că în administraţiile de Stat numai din comprimarea cheltuelilor evitabile şi dintr'o mai bună chiverniseală a materialelor, s'ar putea realiza economii, a căror cifră ar fi impresionantă.

Consider şi azi, că extinderea legii de statificare a fost o necesitate a vremii. Menţinerea ei însă a fost nenorocirea tuturor spitalelor, căci dacă s'ar fi aprofundat cu temeinicie legislaţia, sub care au funcţionat spitalele din Ardeal înainte de război, nu cred, că s'ar fi găsit cineva, care să nu recunoască, că aceste legiuiri ar fi fost cele mai potrivite cu spiritul vremii de după răsboi. Cu astfel de bagatele însă nu s'a prea ocupat nimeni şi din cauza aceasta în viaţa instituţiilor noastre spitaliceşti continuă să domnească o complectă desorientare, care ajunge în multe părţi până la desagregare, şi e păcat. E păcat, pentrucă nu cei răspunzători de aceste dureroase stări, sufăr. Sufăr miile de nenorociţi, de năpăstuiţi, de naufragiaţi ai întocmelilor noastre sociale, cari cred, că-şi pot recâştiga sănătatea şi vigoarea în instituţiile noastre, care ar trebui să fie «Samarinene». Ce tragedie trebue să se petreacă în sufletele multora, când iau contact cu realităţile, nu e tocmai greu de înţeles. Mă frământ cu gândul, dacă e bine şi mai ales dacă e oportun, să ridic un colţ din vălul, care acoperă păcatele, ce s'au săvârşit şi neajunsurile ce s'au abătut asupra unor instituţiuni cu o chemare aşa de sublimă, sau să le las uitări.

Poate că dacă am fi pe drumul marilor îndreptări ar fi mai potrivit să nu se mai spună nimic din păcatele trecutului. Dar ştiu şi eu! S'ar putea să fie şi contrariul. Şi în această nedumerire, poate că e chiar în interesul conducerii, care ar voi să asaneze, să îndrumeze şi să îndrepteze, să i se reamintească anumite stări din trecuturi foarte apropiate de prezent, căci nu prea de mult se vorbea în lumea medicală, că la minister se vând posturile şi se citau şi nume. Şi tot în acel timp un funcţionar cutreera centrele mai importante, unde erau spitale mai mari şi cu mai multe datorii pe la furnizori şi le cerea un beneficiu de 10% pentru ca să poată încasa imediat sutele de mii de lei, pe care le aveau de încasat dela Minister. Şi acestea poate n'ar fi fost păcate aşa de mari faţă de altele mult mai mari, dacă nu s'ar fi produs o contaminare în aceste instituţiuni, aproape generală, care în bună parte a contribuit la complectă comercializare a acestei chemări, care are la temelia fiinţei ei iubirea de aproapele. Toate aceste neajunsuri morale şi materiale, care turburau aşa de mult viaţa spitalelor, cădeau pe al doilea plan faţă de ceeace s'a întâmplat ceva mai târziu. E un document al vremii şi trebue cunoscut de cei cari nu-l cunosc şi trebue reamintit celor ce l'au uitat. Ministru era Profesorul *Cantacuzino*, quintesenţa omului de elită şi negaţiunea omului politic din vremea aceea. Şi-a întocmit bugetul ca să facă faţă nevoilor instituţiilor sanitare şi l'a prezentat Parlamentului. Invăţătorii se agitau şi cereau, mi se pare gradaţii sau o sporire de salar. Destul că ceeace cereau ei, — era vorba de mai multe zeci de milioane, — nu se prevăzuse în bugetul Ministerului de instrucţie publică şi bugetul general al Statului fiind întocmit, noi sporiri nu se mai puteau strecura. Cum însă învăţătorii reprezentau o forţă politică, căci mulţi dintre ei se ocupau numai de politica vremii, — nu mai era învăţătorimea de pe vremea lui *Haret*—parlamentarii, cari şi ei se învârteau, în acel marasm al demagogiei, ţineau cu orice preţ să le satisfacă dorinţa semenilor lor. Unul din ei, care din nefericire era medic, şi-a dat seama că numai pe profesorul *Cantacuzino* îl poate amăgi şi a propus, ca din articolul spitalelor, de la încălzit, luminat şi taxele de apă, să se ia acele zeci de milioane şi să se satisfacă cererile învăţătorilor, promiţând profesorului *Cantacuzino*, că se vor deschide credite extraordinare, ca să se acopere acele lipsuri. Profesorul *Cantacuzino* crezând, că promisiunile pe care i le făceau acei aşa zişi reprezentanţi ai naţiunii, cari nu aveau scrupule în acţiunile lor, a cedat. Concluzia: Spitalele, care făceau acţiune umanitară şi nu politică, au rămas fără combustibil, fără lumină şi fără apă. Medicii conducători au dat semnalul de alarmă. Dela Minister li s'a răspuns, ca să ceară dela Primării. Primăriile nu aveau în buget sumele prevăzute şi medicii au continuat, să ceară lemne şi lumină. Atunci s'a întâmplat un fenomen unic în viaţa spitalelor. Alb pe negru s'a scris dela Minister: *Dacă Primăriile refuză, închideţi spitalele şi trimiteţi bolnavii acasă.* Mă opresc, căci comentariile sunt prea penibile.

In urma acestor nenorocite întâmplări, se pare, că în administraţia centrală au fost câteva momente de reculegere, căci s'a luat hotărârea, ca o parte din spitale,—spitalele mai mari, — să fie redate primăriilor şi judeţelor şi să se administreze prin eforii. Medicii primari dela spitalele din Braşov îm spuneau, că sub noua directivă aceste instituţiuni au avut o nouă perioadă de înviorare. Lipsurile spitalelor nu numai că au fost acoperite, dar s'a realizat şi economii de un milion şi opt sute de mii lei, cu care urma să se pue temelia unui nou pavilion. Nu le-a fost însă dat acestor instituţiuni, să se bucure prea mult de buna îndrumare ce o aveau, căci Ministerul, ca un părinte vitreg le-a luat din nou sub stăpânirea sa, ca să le aducă în jalnica stare, în care se află şi astăzi şi care exasperează şi pe medicii conducători şi pe nenorociţii de suferinzi.

Un reputat chirurg, ca să iasă din greaua situaţie în care se află serviciul lui a introdus în administraţia spitalului un nou registru, cu un titlu foarte sugestiv. *Registru încasărilor ilegale.* Obliga pe bolnavi, ca să plătească, pentru ca să-şi procure benzină iodată, alcool, material de pansamente etc., căci îmi spunea dânsul, că la nenumăratele raporturi trimise, nu primeşte nici un răspuns, cel puţin. Patru inspectori, — alarmaţi de această inovaţie, — au venit rând pe rând la spital. Cel din urmă a făcut apel la simţul patriotic al medicului primar, ca să schimbe titlul registrului şi să scrie pe copertă: *Registrul încasărilor benevole.* Ce legătură s'ar putea stabili între simţul patriotic şi benzina iodată, e greu de înţeles. Destul că acum registrul există sub noua titulatură patriotică. Dar despre lipsurile, despre suferinţele şi despre tot ceeace se petrece în viaţa spitalelor noastre s'ar putea scrie mult şi multe. Mă opresc însă aici şi deplâng şi eu împreună cu mulţi confraţi cu suflete înţelegătoare şi soarta lor jalnică şi suferinţele acelora, cari nu pot fi nici tămăduite şi nici alinate.

Cauzele?

Greu de precizat, căci sunt multe. Şi e şi mai greu de găsit cumpăna cea dreaptă, cu care să se poată cântări responsabilităţile.

Păcatul din care a luat fiinţă Ministerul Sănătăţii este una, dar despre aceasta în alt capitol. Turburările su-

fleteşti de după război, de care nici conducătorii trebilor sanitare, în marea lor majoritate n'au fost scutiţi, iar au contribuit. Prea desele primeniri şi multele preocupări streine de marile probleme sanitare ale miniştrilor şi lipsa de pregătire a celor mai mulţi pentru a putea înţelege însemnătatea operelor samarinene şi sanitare cu tot trecutul şi evoluţia lor în alte ţări, iar au produs desorientări. Şi pe urmă şi prea multa comercializare a medicinei curative, care se deosebeşte fundamental de menirea altor bresle, a ştirbit mult din aureola corpului medical şi tot aşa de mult a contribuit şi la inferiorizarea prestigiului, de care se bucurau pe vremuri toate instituţiile noastre de caritate publică şi mai toţi conducătorii lor.

Dar oricare ar fi cauzele, fapt cert este, că situaţia este jalnică, că răul se adânceşte şi că măsurile de îndreptare întârzie, deşi se impun. Şi nu-i vorba de o efemeră îndestulare a spitalelor cu materiale, căci aceasta poate fi azi şi nu mai poate fi mâine. O complectă redresare în conducerea lor, în administrarea lor, şi în modul lor de funcţionare o cred necesară. Din trecutul nostru mai îndepărtat, din legislaţiile pe baza cărora au funcţionat spitalele din provinciile alipite şi din fazele, prin care au trecut dela anul 1920 încoace, mai ales, se pot trage multe învăţăminte folositoare pentru noua îndrumare, ce va trebui să se dea aşezămintelor noastre spitaliceşti. După cum am spus, îmi păstrez credinţa că legiuirile din Ardeal trebuesc luate în considerare în noua legislaţie sanitară. Regret, că nu pot reda aici acele bune întocmiri, de care m'am ocupat pe vremuri în lucrarea, pe care am publicat-o şi care cuprinde: «*Serviciul Sanitar al României şi Igiena publică*» între anii 1905 — 1922. Dealtminteri în toate ţările din apus legiuirile pe baza cărora funcţionează instituţiile spitaliceşti se deosebesc de ale noastre.

La noi o organizaţie temeinică de asistenţă medicală, care în gruparea ei reprezintă tot ceeace este necesar unei bune întocmiri din punct de vedere practic şi ştiinţific, este numai la Cluj. Clinicele din Cluj cu laboratoarele lor au luat fiinţă, au funcţionat şi continuă a funcţiona, mi se pare, pe temeiul tradiţiei şi vechilor legiuiri ale Ardealului.

Exemplul e demonstrativ şi trebue luat în considerare. Spitalele noastre mici şi împrăştiate la voia întâmplărilor şi capriciilor, au o însemnătate secundară din toate punctele de vedere. Adevărate aşezăminte spitaliceşti pot fi numai acelea, care reprezintă într'o armonioasă grupare toate specialităţile, cu toate laboratoarele atât de necesare şi pentru cercetări ştiinţifice şi pentru o reală îngrijire a sufe-

rinzilor. Medicina timpului respinge tatonările şi incertitudinile.

Pe vremuri concepusem spitalele regionale în unsprezece centre. Mă gândeam, că cu clinicele din Cluj şi cu aşezămintele Eforiei Spitalelor civile şi Brâncoveneşti şi cu Epitropia Sf. Spiridon din Iaşi, România întregită ar fi avut 14 centre de asistenţă şi pregătire medicală.

Spitalul regional în concepţia mea urma să cuprindă toate specialităţile cu laboratoare, cu instalaţii de băi terapeutice, cu aparate de mecanoterapie şi cu tot ceeace ştiinţa modernă pune la dispoziţia specialiştilor, pentru o bună îngrijire a suferinzilor. Ele aveau şi menirea de a pregăti tinerele generaţii şi de a le da în acelaşi timp posibilitatea să se specializeze.

Inzestrate şi cu ambulanţe, bolnavii dela spitalele mixte din cuprinsul regiunii, dacă ar fi avut lipsă de o îngrijire mai deosebită, puteau fi aduşi în condiţiuni bune la spitalul regional. Nu ştiu dacă planurile acestor proiectate aşezăminte se mai păstrează la Minister? Cu o documentată expunere, eu le-am prezentat primului ministru de pe vremuri. Le-am prezentat acelui mare bărbat de stat, care a sprijinit cu atâta însufleţire opera profesorilor Cantacuzino şi Sion. El m'a înţeles şi m'a sprijinit. Inceputul l'am făcut la Braşov, unde am pus temelia primului pavilion, pe un vast teren, pe care îl luasem dela Primărie. Eu am plecat dela conducerea Serviciului Sanitar. Primul pavilion s'a terminat, cu greu. Un al doilea, care stă de vreo 2 — 3 ani neterminat, nu ştiu ce destinaţie va avea.

Primăria şi-a reluat acel frumos parc, cu o destinaţie aşa de interesantă şi l'a parcelat. Pe el s'a construit o biserică reformată şi case particulare. A mai rămas teren dar nu mai e al spitalului şi acuma serveşte la aruncatul gunoaielor şi al murdăriilor. Spitalele regionale, pe cari le visasem, au rămas în domeniul frumoaselor amintiri. S'ar putea ca cu vremea să se găsească cineva, care să desgroape această problemă, să se ocupe de ea, să-i găsească temeinicia şi utilitatea ei în structura instituţiilor noastre de asistenţă medicală şi de pregătirea tinerilor generaţii şi s'ar putea, — căci câte nu se pot, când se munceşte cu rost, — ca să se găsească şi posibilitatea materială pentru înfăptuirea ei. Pentru câtva timp însă datoria conducătorilor este, după cum am mai spus, ca să consolideze ceeace avem şi să dea viaţă tuturor instituţiilor şi serviciilor sanitare şi pe urmă să li se găsească loc potrivit cu menirea lor în structura medicală şi socială a vieţii noastre de stat.

BIBLIOGRAFII

Grenzen der Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde. (Graniţele normalului şi începuturile patologicului în imaginea röntgenologică) von Prof. Dr. **Alban Köhler**, Frcharzt für Röntgenologie in Wiesbaden. Siebente, stark vermehrte und völlig umgearbeitete Auflage 1 vol. 834 pag. cu 504 fig. Georg Thiene, Verlag, Leipzig, RM. 51 (broşat). Reprezentant p. România Librăria Medicinală H. Welther, Sibiu, str. Regina Maria 28.

Cunoscuta lucrare a Profesorului Köhler apare într'o a 7-a ediţie, remaniată şi considerabil mărită, constituind un repertoriu complet al progreselor recente realizate în domeniul explorării radiologice.

Titlul lucrării arată limpede dublul scop urmărit de autor. In primul rând lucrarea este destinată medicilor care sunt debutanţi în röntgenologie sau n'au încă o suficientă experienţă, pentru a- orienta în interpretarea rezultatelor ce indică sau par să indice uşoare, deviaţiuni dela imaginile normale. Pentru asemenea cazuri nu e xistă până acum nici o lucrare de ansamblu în literatura röntgenologică, iar atlasele de anatomie normală cuprind numai imagini de afecţiuni caracterizate, cu un aspect anormal foarte invederat. Dacă însă, spre exemplu, o mică proeminenţă osoasă, o incizură, o rugozitate, o uşoară clarificare sau întunecare a ţesutului spongios, o discretă condensare în umbra anumitor părţi moi, etc., constitue ceva încă — normal sau deja — patologic, nu se spune nicăiri nimic în această privinţă. Dar a recunoaşte şi a interpreta corect aceste alteraţiuni minime, este tot atât de important decât stabilirea diagnosticului boalelor caracterizate, fiindcă o boală cu cât este depistată mai din vreme, cu atât poate fi combătută mai cu succes. Pe de altă parte, prin faptul că rezultatele perfect normale nu sunt considerate ca patologice, se poate evita o intervenţie dăunătoare pentru pacient şi dezonorantă pentru chirurg.

Noţiunile anatomo-fiziologice esenţiale, indispensabile radiologului, precedează expunerea radiologică propriu zisă, precum mărimea unor organe, numărul şi dispoziţia oaselor sesamoide ca şi schiţele varietăţilor osoase ale mâinilor şi picioarelor, apoi tabele de uşoarele deformaţiuni ale umbrei cardiace, datorite proiecţiunii focale, în teleröntgenografie; iar la fiecare porţiune a scheletului se menţionează timpul şi ordinea apariţiei tuturor punctelor de osificare.

O bogată şi splendidă iconografie, precum şi numeroase referinţe bibliografice, sunt intercalate în tert.

CHLORO-CALCION

Laboratoire Michels — 4 bis, rue du Colonel Moll, Paris.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

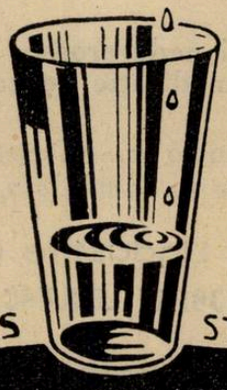
Hemostatic

Recalcifiant

Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL



LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES

Bâle

SANDOZ

Ci-devant SANDOZ

S. A. (Suisse)

RESYL

Eterul glicero-gaiacolic

IN TOATE BOLILE DE RACEALĂ

Preparat de gaiacol uşor resorbabil şi cu acţiune rapidă

Picături de Resyl:

Se dozează exact cu întrebuinţare practică şi economică.

Tablete de Resyl:

Se administrează uşor, stimulează pofta de mâncare şi au o acţiune sigură.

Fiole de Resyl:

Injecţiuni nedureroase, bine tolerate, pentru acele cazuri unde o medicaţie pe cale bucală nu este recomandabilă.

Ambalaj: Picături, flacon cu 20 gr. — Tablete, flacon cu 20 tablete.
Fiole, cutie cu 10 fiole à 2,3 cc.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

Reprezentant pt. România: M. ROBERT LECLERC, Bucureşti III, Str. Pietăţii 33.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3–4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta*.

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY-Praga

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

Documentări statistice asupra situaţiei sanitare în mediul rural

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Situaţia sanitară în mediul rural românesc este destul de bine cunoscută prin experieenţa personală pe care fiecare dintre noi o avem. Nu este medic, indiferent de specialitatea şi ocupaţiunile lui, care să nu fi avut prilejul să ia contact cu viaţa satelor noastre şi să nu fi constatat, cu durere, starea încă rudimentară în care se află serviciul nostru sanitar, în mediul rural.

Dacă opinia medicilor era făcută asupra acestei probleme, prin impresiuni directe şi prin deducţiuni logice, trebue să arătăm că, în acelaş timp, sociologii şi oamenii de stat au păreri foarte exacte asupra situaţiei sanitare. Aceasta se datoreşte fie unor informaţiuni culese pe teren, fie unei intuiţiuni, foarte naturală la oamenii cari au experienţa conducerii.

Deşi datele problemei erau bine cunoscute de toată lumea, documentările statistice cari vin să confirme o părere aproape unanimă, sunt foarte utile, întrucât, în modul acesta orice controversă este înlăturată şi orice discuţiune devine inutilă.

Ziarele au atras de curând atenţia asupra ultimelor date ce aduce în această privinţă, «Buletinul demografic al României», de sub direcţia d-lui dr. Sabin Manuilă.

Dealtfel d. profesor dr. Mezincescu, a utilzat de mai multă vreme date de acelaş gen, publicate în «Buletinul demografic» pentru a demonstra în ce mod şi în ce măsură este asigurată asistenţa medicală în satele noastre.

Socotim util a reveni asupra acestei chestiuni, nu pentru a actualiza un subiect cunoscut, ci pentru a exprima convingerea că împrejurările actuale sunt favorabile unei acţiuni puternice pentru ameliorarea condiţiilor sanitare în mediul rural românesc.

Vom da mai întâi datele statistice cari se referă la boalele grave cari fac victime mai numeroase în mediul rural. Apoi vom da un tablou de proporţia în care s'a putut da asistenţă medicală bolnavilor cari ajung la un sfârşit letal, servindu-ne de cifrele publicate în «Buletinul demografic» pe lunile Septembrie şi Octombrie 1939.

In cursul lunei Octombrie 1939, au sucombat în mediul rural un număr total de 23.019 locuitori de următoarele boale:

1. Boli infecţioase şi parazitare: 2426.
2. Cancer şi alte tumori: 444.
3. Boli generale: 325.
4. Boli ale sângelui şi organelor hematopoietice: 24.
5. Intoxicaţii: 27.
6. Bolile sistemului nervos şi sensorial: 721.
7. Bolile aparatului circulator: 1518..
8. Bolile aparatului respirator: 4190.
9. Bolile aparatului digestiv: 2814.
10. Bolile aparatului urinar şi genital: 565.
11. Boli puerperale: 133.
12. Piele şi ţesut celular: 26.
13. Bolile sistemului de locomoţie: 11.
14. Vicii de conformaţie congenitală: 29.
15. Bolile primei copilării: 5057.
16. Senilitate: 3691.
17. Morţi violente sau accidente: 589.
18. Cauze nedeterminate: 429.

In luna Octombrie 1939 din totalul deceselor înregistrate în mediul urban, — 81,1% din bolnavi au avut o îngrijire medicală. In emdiul rural numai 36% au avut asistenţă medicală.

Este interesant să vedem, în afară de aceste cifre globale cari sunt grupele de boale, în cari îngrijirea medicală lipseşte mai mult, pentru ca măsurile de îndreptare să meargă în acea direcţie.

De aceea vom extrage din «Buletinul demografic» proporţia în care bolnavii foarte grav, au avut asistenţă medicală în mediul rural, pe grupe de boale:

1. Boli infecţioase şi parazitare: 59,4 la sută.
2. Cancer şi alte tumori: 76.6%.
3. Boli generale (în cari intră: Reumatismul, Diabetul, Pelagra, Rahitismul, etc.): 53,2%.
4. Boli ale sângelui şi organelor hematopoietice: 58,3%.
5. *Intoxicaţii (Alcoolismul):* 11,1%.
6. Bolile sistemului nervos şi sensorial: 47,2%.
7. Bolile aparatului circulator: 49,5%.
8. Bolile aparatului respirator: 35,4%.
9. Bolile aparatului digestiv: 44,5%.
10. Bolile aparatului urinar şi genital: 52,2%.
11. Boli puerperale: 55.6%.
12. Piele şi ţesut celular: 50%.
13. Bolile sistemului de locomoţie: 63,6%.
14. Vicii de conformaţie congenitală: 44,8%.
15. *Bolile primei copilării: 12.1%.*
16. *Senilitate: 17,7%.*
17. *Morţi violente sau accidente:* 22,2%.
18. Cauze nedeterminate (Moarte subită, cauze rău definite): 17%.

*

Dacă examinăm aceste cifre observăm, din primul moment, că proporţia îngrijirilor medicale este mai mare în boalele cu evoluţie mai lungă şi este foarte mică, în cele cu evoluţie foarte scurtă.

Astfel în intoxicaţii şi în boalele acute ale primei copilării, numai 11,1% sau 12,1% dintre bolnavi pot fi examinaţi de medic, pe când în boalele cu evoluţie îndelungată, cum sunt tumorile, proporţia ajunge la 76,6%.

Intre aceste cifre extreme se situiază boalele diferitelor aparate, cu cifre direct proporţionale cu durata evolutivă a acestor boale.

Prima concluzie ce se degajează din această constatare, este că nu lipseşte în mediul rural, numai dorinţa de a solicita asistenţa medicală, dar că împrejurările şi distanţele împiedică, de multe ori, ca bolnavul să ajungă la medic sau mdicul la bolnav.

Prin urmare concomitent cu opera de propagandă sanitară şi culturală şi simultan cu opera de ridicare economică a satelor, — trebue să urmărim perfecţionarea organizaţiei noastre sanitare rurale.

Desigur că această idee este general admisă şi în cursul timpului a preocupat intens pe conducătorii Ministerului Sănătăţii.

Datele statistice ce am citat, nu au alt merit decât să demonstreze cu cifre, o situaţie pe care o cunoaştem cu toţii.

Nu aşi fi considerat oportun să revin asupra unei chestiuni dsbătută de multe ori în coloanele «României Medicale», dacă nu aşi fi crezut că situaţia sanitară rurală poate găsi condiţiuni prielnice de ameliorare, — în împrejurările actuale.

In adevăr, în aceste vremuri toată grija ţărei trebue să meargă la apărarea naţională, aşa cum se face spre satisfacţia tuturor românilor.

Problema sănătăţei trupelor, a găsit o preocupare de fiecare moment în conducerea realistă a Ministerului Sănătăţii, aşa cum o înţelege d. ministru Hortolomei şi colaboratorii săi: d-nii subsecretar de stat P. Topa şi secretar general I. Nicolau.

La rândul lor, organizaţiile sanitare ale formaţiunilor militare pot aduce reale servicii populaţiei civile, prin asistenţa medicală ce le-o pot da şi prin măsurile ce iau în vederea profilaxiei boalelor epidemice.

Ca să arătăm cât de utilă poate fi această colaborare, vom da un singur exemplu: Dacă toate cuptoarele de deparazitare ce se fac, sunt construcţii solide, satele noastre vor dispune de aci înainte şi pentru multă vreme, de mijlocul cel mai sigur de profilaxie a tifosului exantematic.

In ceeacee priveşte asistenţa medicală şi profilaxia generală a boalelor epidemice şi sociale, — serviciile sanitare ale formaţiunilor militare pot aduce servicii însemnate populaţiunei noastre rurale. Din informaţiile ce avem, în multe regiuni ale ţării, medicii militari desfăşoară o frumoasă activitate medico-socială.

Ceeace se face astăzi în mod spontan şi local, credem că s'ar putea sistematiza şi generaliza, spre cel mai mare folos al sănătăţii publice.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Programul de activitate al Ministerului sănătăţii pentru combaterea malariei

In ziua de 19 Aprilie a avut loc la Ministerul Sănătăţii şedinţa comisiunii pentru combaterea malariei. A prezidat d. profesor dr. N. Hortolomei, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale. Au participat d-nii: dr. Petre Topa, subsecretar de stat, prof. dr. I. Nicolau, secretar general, prof. dr. Iuliu Moldovanu, prof. dr. M. Ciucă, profesor dr. Gh. Zotta, medic genera dr. C. Suhăţeanu, d-nii dr. Troia, dr. Sufleri, dr. T. Bulău, inspectori generali sanitari de ţinuturi şi dr. Cantemir Anghelescu, directorul igienei sociale.

In urma rapoartelor citite şi a discuţiunilor asupra situaţiunei de pe teren, la propunerea d-lui ministru prof. dr. N. Hortolomei s'a fixat programul de activitate în domeniul profilaxiei malarice pe anul acesta.

In linii generale acest program cuprinde:

1) Ameliorarea şi amplificarea acţiunei de descoperire a cazurilor de paludism vizându-se cu deosebire asupra formelor de malarie infantilă.

2) tratarea cu chinină sau preparate sintetice antipaludice (atebrin, plasmochin, etc.) a tuturor bolnavilor descoperiţi;

3) mărirea numărului personalului chininizator, utilizându-se în regiunile intens malarizate şi concursul administraţiilor (învăţători, preoţi etc.) cărora ministerul le va pune la dispoziţie instrucţiuni sumare;

4) mărirea stocului actual de preparate antipaludice din care ministerul posedă încă de pe acuma o cantitate destul de mare. In această privinţă comisiunea a luat act cu multă satisfacţie de grija pe care a avut-o d. ministru prof. dr. Hortolomei de a aproviziona din vreme depozitele ministerului cu preparate antimalarice şi antilarvare.

5) aplicarea măsurilor de desanofelizare în locuinţe, adăposturi comune prin întrebuinţarea de substanţe insecticide.

Deasemenea se prevede obligativitatea protecţiunei mecanice în zonele malarigene menite să adăpostească aglomeraţiuni temporare, colonii de copii, lucrători, etc.

6) executarea de măsuri antilarvare constând în desfiinţări de colecţiuni de apă peridomestice prin colmatare sau disecare şi rectifcări de mici cursuri de apă, regularizare de maluri, etc.

7) coordonarea tuturor acţiunilor de combatere prin colaborarea cu ministerul sănătăţii, a ministerelor: apărării naţionale, ministerul lucrărilor publice, ministerului de interne şi a rezidenţelor regale.

8) continuarea marilor lucrări de asanare cuprinzând zone intense paludice după un program în care intră măsuri de ameliorări hidraulice, agricole şi medico-sociale.

9) încurajarea activităţii optime a staţiunilor pentru studiul malariei experimentale şi spontane, studii cari au contribuit într'o largă măsură prin lurările lor la documentarea ce a servit Comisiunei de paludism a Ligei Naţiunilor la întocmirea raportului cuprinzând norme de profilaxie antipaludică.

Inlocuirea Spitalului „Colţea" printr'un nou spital la Grozăveşti

Eforia Spitalelor Civile a căzut în principiu, de acord cu Primăria Municipiului pentru strămutarea Spitalului Colţea în cartierul Grozăveşti, în apropierea Grădinei Botanice, Municipiul punând la dispoziţia Eforiei întregul teren al Şcoalei comunale de horticultură şi luându-şi obligaţiunea să suporte toate cheltuelile de construcţie şi instalare, pentru un număr de paturi egal cu cel existent astăzi la Spitalul Colţea.

In felul acesta se va realiza un mare spital modern în Capitală. El va servi în special pentru instalarea clinicilor Facultăţii de medicină şi va avea un număr de 1500—2000 paturi, grupând toate specialităţile medicale. Terenul ocupat astăzi de spitalul Colţea va fi cedat Municipiului pentru construcţiunea palatului comunal.

Eforia spitalelor civile va publica încă în cursul lunei acesteia, un concurs pentru planurile noului spital, la care vor fi invitaţi şi arhitecţii de specialitate din străinătate.

Locuri de medici vacante la Ministerul sănătăţii

In conformitate cu dispoziţiunile legale se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar la spitalul de cronici mintali din Balotesti (Ilfov);

Medic primar la spitalul de boli mintale Costiugeni, jud. Lăpuşna.

Medic primar de oftalmologie la spitalul din Tg.-Mureş.

Medic primar al secţiei de boli interne dela spitalul din Rădăuţi.

Medic şcolar la serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

Medic de circ. urbană la serviciul sanitar al Municipiului Craiova.

Medic al oraşului Blaj, jud. Târnava Mică.

Medic al oraşului Orăştie (jud. Hunedoara).

Medic şef al laboratorului de Igienă din Cernăuţi.

Medic radiolog la Casa Asigurărilor Sociale Câmpina (plătit cu 6000 lei lunar brutto, cu reţineri pentru pensie).

Medic radiolog la Casa Asigurărilor Sociale Mediaş (plătit cu 6000 lei lunar bruto, cu reţineri peentru pensie).

Medic la spitalul cu circ. Balta, jud. Mehedinţi.

Medic la spit. cu circ. Târnova, jud. Soroca.

Medic al circ. Pecica, jud. Arad.

Stolnici, jud. Argeş; Stroeşti, jud. Argeş; Drăgăneşti, jud. Bălţi; Lunca jud. Bihor; Răbăgeni, jud. Bihor; Braeşti, jud. Buzău; Cozieni, jud. Buzău; Spasova, jud. Caliacra; Rechetău, jd. Cluj; Mârşani, jud. Dolj; Topalu, jud. Constanţa; Ostrov, jud. Durostor; Buneşti, jud. Fălciu; Gălbinaşi, jud. Ilfov; I. G. Duca, jud. Meehedinţi; Cobăteşti, jud. Odorhei; Potcoava, jud. Olt; Căprioara, jud. Severin; Ludoş, jud. Sibiu; Banila pe Ceremuş, jud. Storojinet; Şag, jud. Timiş; Principele Mihai, jud. Tulcea; Băbeni, Bistriţa, jud. Vâlcea.

Din publicaţia locurilor vacante de medici apărută în Monitorul Oficial cu Nr. 170 din 22 Martie 1940, partea I-a, se scoate postul de medic al spitalului cu circ. Zvoriştea jud. Dorohoi, deoarece s'a revenit asupra transferării titularului.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa posturile de mai sus, vor face cereri Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în termen de 30 de zile dela înserarea prezentei publicaţiuni în Monitorul Oficial, adică până la 17 Mai, 1040.

Congresul Asociaţiei Germane de Medicină Internă

Asociaţia Germană de Medicină Internă, îşi ţine al 52-lea congres de medicină la Wiesbaden cu începere de Luni 6 Mai,, până Joi 9 Mai 1940, sub preşedinţia d-lui profesor dr. Dietlen—Saarbrücken.

Programul ştiinţific, cuprinde până în prezent următoarele referate:

1. *Circulaţie şi respiraţie.* — Raportori: d-nii Wagner, Innsbruck şi Brauer, Wiesbaden.

Vor prezenta comunicări: d. Sauerbruch, Berlin: Cercetări asupra circulaţiunii şi respiraţiei în cursul intervenţiilor intratoracice.

D. Weltz, Muenchen: Influenţa respiraţiunei asupra circulaţiei (rezultate Roentgenkymografice).

D. Reichmann, Bochum: Rezultatele cercetărilor energometrice privitoare la aprecierea silicozei.

2. *Dinamica albuminei:* Raportori d-nii: Felix, Frankfurt a/M. şi Schenk, Muenchen.

3. *Originea boalelor în funcţie de factorii de mediu* (turburări primitive).— Raportori d-nii: Reiter, Berlin: Importanţa generală pentru sănătatea publică; Siebeck, Berlin: Patogenie ge-

Furunculi Antrax Furunculoză

Dacă se tratează regiunea cu Antiphlogistine mai înainte ca ţesuturile să fie distruse, există posibilitatea ca prin aceasta să se juguleze procesul patologic.

In cazul când supuraţia este începută, se recomandă Antiphlogistine ca pansament chirurgical; se provoacă reconstituirea circulaţiei locale de întreţinere, se mai provoacă şi o granulaţie sănătoasă, cu formare cicatricială minimă.

ANTIPHLOGISTINE

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEWYORK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Ionică No. 8.

La dureri mari
(Nevralgii, colici, cancer, dureri postoperatorii)

Pentru pregătirea narcozei
Pentru calmarea iritaţiunilor tusigene

EUKODAL Merck

Fiole de 0,01 şi 0,02 g.; Tablete de 0,005 g.; Supozitoare de 0,02 g.

E. MERCK. DARMSTADT

Reprezentanţa generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, Bucureşti I,
str. T. G. Masaryk No. 32.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Tratamentul ŞANCRULUI MOALE şi al complicaţiilor sale:

Prin injecţiuni intramusculare

cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL Prof. Dr. NICOLAU şi Dr. BANCIU

DIN SURSE POLIVALENTE DE BACILI DUCREY

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

Este foarte bine tolerat. Nu dă şoc, nici febră, permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate Farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Reprezentanţei generale: BUCUREŞTI, Str. Regală 10. — Telefon 3.78.66.

nerală; Hallermann, Rüsselsheim: Observaţiuni medico-practice asupra începutului boalelor.

D. Bohenkamp, Freiburg: Turburări cardio-circulatorii.

D. Braeuning, Hohenkrug: Tuberculoza pulmonară incipientă a adultului, privită ca acţiune a mediului ambiant.

D. Meulengracht, Copenhaga: Bolile de stomac privite ca efect al mediului. (Patogenia ulcerului stomacal şi a gastritei).

D. Schultz-Henke, Berlin: Originea boalelor şi psihicul.

Vor face comunicări:

D. Katsch, Greifswald: Conservarea puterii de muncă a diabeticului.

D. Priigge, Frankfurt a/M.: Imunnizarea activă contra dizenteriei bacilare.

D. Assmann, Koenigsberg: Asupra dizenteriei.

Raportori d-niii: Schittenhelm, München; Gannslen, Frankfurt a/M.; Adler, Aarau; Fieschi, Pavia, Boxos, Budapesta.

5. *Transfuzia şi conservarea sângelui.* Raportor: d. Schilling, Münster/Westf.

Concurs de Internat pentru Spitalele din Bucureşti Cluj şi Iaşi

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Luni 10 Iunie 1940, la orele 9, se va începe la Bucureşti, Cluj şi Iaşi concursul pentru ocuparea posturilor de interni.

La Bucureşti, la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, pentru ocuparea următoarelor posturi:

7 posturi la spitalul Central Prof. Dr. Cantacuzino.

21 posturi la spitalele Eforiei.

1 post la spitalul C. F. No. 1.

2 posturi la spitalul Gardienilor Publici.

2 posturi la Sanatoriul Filaret al Soc. pentru profilaxia T.B.C.

2 posturi la Sanatoriul Zerlenti al Soc. Izolarea Tuberculozei.

5 posturi la spitalul de chirurgie, accidente de muncă şi mecano-terapie, pendinte de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale Bucureşti.

La Cluj, la Facultatea de Medicină pentru ocuparea următoarelor posturi:

1 post la spitalul ortopedie şi chirurgie infantilă Cluj.

2 posturi la spitalul epidemic Cluj.

1 post la Institutul şi Azilul Antirabic Cluj.

2 posturi la Institutul pentru studiul şi profilaria cancerului din Cluj.

La Iaşi, la Facultatea de medicină pentru următoarele posturi:

19 posturi la spitalele şi ambulatoriile Ministerului Sănătăţii.

2 posturi la spitalul de chirurgie al Casei Centrale şi Asig. Sociale din Iaşi.

Candidaţii vor înainta cererile de înscriere cu cel puţin 15 zile înainte de ziua fixată pentru concurs, însoţită de următoarele acte:

a) Diploma sau certificatul de extern în medicină prin concurs cu un stagiu de cel puţin un an în acest post, sau certificatul de absolvire al Facultăţii de Medicină;

b) certificatul de activitate din partea şefilor serviciilor unde candidatul a funcţionat;

c) certificatul doveditor că este membru al Frontului Naţional Studenţesc.

Inscrierile la concurs se fac la Ministerul Sănătăţii (Direcţia Personalului), pentru Bucureşti şi la Inspectoratele generale sanitare pentru celelalte două centre universitare.

Concursul constă din următoarele probe:

a) o probă scrisă asupra a două chestiuni, una de anatomie şi cealaltă de fiziologie;

b) o probă orală de patologie internă;

c) o probă orală de patologie externă.

Mişcare în corpul medical al Ministerului Sănătăţei

D. prof. dr. Ion T. Niculescu, se numeşte definitiv în postul de medic primar neurolog la Institutul superior de sănătate şi spital central Bucureşti, în conformitate cu art. 203 din legea sanitară şi de ocrotire, avânt 10 ani în învăţământul superior.

In corpul medical din serviciile ministerului sănătăţii s'a făcut următoarea mişcare:

D. dr. Teohari C., medic şef definitiv al Municipiului Iaşi şi d. dr. Andronovici Gheorghe, medic primar definitiv al jud. Iaşi, se transferă definitiv în interesul serviciului, unul în locul celuilalt.

D. dr. Popeia Aurel, actual medic definitiv cu concurs la spitalul de cronici mintali Balotesti, jud. Ilfov, se transferă definitiv în postul de medic primar al serviciului III dela Institutul superior de sănătate şi spital central Bucureşti.

D. dr. Brascu Ştefan, actual asistent definitiv a serviciului I clinic al Institutului superior de sănătate şi spital central Bucureşti, se numeşte definitiv, în postul de medic primar al Aşezământului pentru ocrotirea definitivilor din Bobeşti-Bălăceanca jud. Ilfov, în conformitate cu art. 203 din legea sanitară, având 10 ani în învăţământul superior.

D. dr. Susan Bartolomeu, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic consultant de ortopedie şi chirurgie infantilă, la dispensarul Casei asigurărilor sociale din Cluj.

D. dr. Horga Nicolae, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv, în postul de medic primar radiolog la spitalul Precista Mare Roman.

D. dr. Vonica Ioan, şef de serviciu, cl. I (medic) definitiv, transferat în interes de serviciu dela inspectoratul general sanitar al ţinutului Olt la inspectoratul general sanitar al ţinutului Nistru, se consideră transferat definitiv în interesul serviciului, la inspectoratul Someş.

D-na dr. Hamudis Juster Reisa, medic definitiv al circ. Bunesti, jud. Fălciu, se transferă definitiv, în postul de medic al circ. Siliştea jud. Vlaşca.

D. dr. Pârlog Gh., medic definitiv al circ. Băbeni-Bistriţa, judeţul Vâlcea, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Şemlacul Mare jud. Timiş.

D-nii dr. Virgil Mihăilescu, medic definitiv al circ. Topolovăţul Mare, jud. Timiş şi Pora Iuliu, medic stagiar al circ. Cristuri-Crişeni, jud. Sălaj, se transferă prin consimţământ reciproc, unul în locul celuilalt.

Următorii medici stagiari de circumscripţie, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă după cum urmează:

Dr. Pascu Octavian, în postul de medic al circ. Toager, jud. Timiş.

D-ra dr. Megas Zefira, în postul de medic al circ. I. G. Duca, jud. Caliacra.

D. dr. Stoenescu Victor, în postul de medic al circ. Devesel, jud. Mehedinţi.

Dr. Denişovschi Alexandru, în postul de medic al circ. Branişca, jud. Hunedoara.

Dr. Atanasiu Novac, în postul de medic al circ. Jitia, jud. R.-Sărat.

D-nii dr. Ursu Simion, Colfescu Victor, Stoianov Ştefania, Butu Aurelia şi Droc Iridenta, medici consultanţi la Casa centrală a asigurărilor sociale, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, fiind numiţi în serviciu, anterior legii din 23 Octombrie 1922.

D. dr. Weisfeld Iankel, medic stagiar al circ. cu spit. Târnova, jud. Soroca, se transferă disciplinar, în postul de medic al circ. Cucuruzeni, jud. Orhei.

D-na dr. Filomela Iliescu, medic definitv al circ., Gălbinaşi, jud. Ilfov, se lasă în disponibilitate din postul ce ocupă.

D. dr. Surianu Paul, actual medic primar definitiv de boli interne la spitalul din Rădăuţi, se transferă definitiv, în postul de medic primar de boli interne la spit. «Gârlaşi şi Maria Minculeasa» din Buzău.

D. dr. Dinischiotu Gh., actual medic consultant de boli interne definitiv, pe bază de concurs la spitalul de mecano-terapie şi accidente de muncă din Bucureşti, al Casei Centrale a asigurărilor sociale se transferă definitiv, în postul de medic primar pentru medicină internă, vacant la acelaşi spital.

D. dr. Surugiu Simion, actual medic şef definitiv, cu concurs la laborato-

rul de igienă din Cernăuţi, se transferă definitiv în postul de medic şef al laboratorului de igienă din Tulcea.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Mihalaş Gheorghe, la circ. Tg.-Cărbuneşti jud. Gorj, d-sa urmând a rămâne mai departe medic stagiar al spit. cu circ. Zvoriştea, jud. Dorohoi.

D. dr. Toma Mihalcea, actual medic definitiv al spit. cu circ. Balta, jud. Mehedinţi, se transferă definitiv în interesul serviciului, în postul de medic al spit. Voineşti, jud. Dâmboviţa.

D-nii: dr. Oncescu Aurel, medic stagiar al circ. Dridu, jud. Ilfov şi dr. Petrescu Ştefan, medic stagiar al circ. Rust, jud. Dolj, împlinind stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă.

* * *

Prin Decret Regal s'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale:

D. dr. Octavian Puşcariu, actual inspector general santar definitiv al serviciilor sanitare de porturi şi puncte de frontieră pe uscat, cu sediul la Constanţa, se transferă definitiv în administraţia centrală a ministerului, ca inspector general sanitar, conducător al Inspectoratului General Sanitar al serviciilor sanitare de porturi şi puncte de frontieră pe uscat, în conformitate cu legea de organizare a Ministerului Sănătăţii şi cu legea bugetară pe exerciţiul 1940—1941.

D. dr. Negulescu Dumitru, actual medic primar definitiv de nas, gât şi urechi, director administrativ al Spitalului central «Prof. Dr. I. Cantacuzino», se încadrează definitiv în postul de director cl. I-a (medic), al aceluiaşi spital, aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. dr. Bădescu Alexandru, medic cu concurs în specialitate, clasificat al doilea cu media 18.60, concurs trecut la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, se confirmă definitiv în postul de medic şef de secţie, al Secţiei obstetricale la Institutul de maternitate «Regina Elisabeta» din Bucureşti, a Direcţiunei generale pentru ocrotirea şi ajutorarea personalului C. F. R.

D. dr. Ştefaniu Alexandru, actual medic primar definitiv otorinolaringolog, la ambulatorul policlinic din Ploeşti, se transferă definitiv, ca medic primar definitiv otorinolaringolog, la Spitalul şi dispensarul policlinic «Constantinescu» din Ploeşti.

D. dr. Burcuş Constantin, actual medic definitiv de consultaţiuni pentru ochi la Spitalul «Boldescu» din Ploeşti, se transferă definitiv ca medic de consultaţii pentru ochi la Spitalul şi dispensarul policlinic «Constantinescu» din Ploeşti, unde i s'a transferat postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. dr. Mihăilescu Virgil, actual subdirector cl. I. (medic) definitiv la Inspectoratul general sanitar al Ţinutului Bucegi, se încadrează definitiv în postul de director cl. II-a (medic) la acelaşi inspectorat, conform cu salariul ce primeşte în prezent şi aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. dr. V. Cerchez, actual medic de dispensar definitiv, la Dispensarul de boli de ochi din Iaşi, se încadrează definitiv ca medic şef de dispensar, aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. dr. Aricescu Constantin, actual medic primar, definitiv, la Spitalul central din Arad, se încadrează definitiv ca medic primar neurolog la acelaşi spital, aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul anului 1940—1941.

D-na dr. Caloghiru Julieta, actual medic stomatolog definitiv la Dispensarul policlinic din Arad, se încadrează definitiv ca medic primar stomatolog la acelaşi dispensar.

D. dr. Caramzulescu D-tru, actual medic definitiv de consultaţii de mică chirurghie la Dispensarul «Maşina de Pâine» din Bucureşti, se încadrează definitiv ca medic primar chirurg la Serv. Sanitar al Municipiului Bucureşti, aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. Mircea Ionescu, actual medic definitiv de prenatele la Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti, se încadrează definitiv ca medic primar de prenatele la acelaşi serviciu sanitar, aşa cum i s'a prevăzut postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. dr. Teodoru Gh., actual medic definitiv de spital pentru nas, gât şi urechi la Spitalul Central din Chişinău, se încadrează definitiv ca medic primarmar otorinolaringolog la acelaşi spital, aşa cum i s'a prevăzut postul prin bugetul anului 1940—1941.

D. dr. Milotinov Zaharia, actual medic definitiv al Circ. Topolog, jud. Tulcea, se confirmă definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Tulcea.

D. dr. Dolejan Gheorghe, actual medic definitiv al Circ. Stolnici, jud. Argeş, se confirmă definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Mehedinţi.

D. dr. Raicu Constantin, actual medic definitiv al Circ. Potcoava, jud. Olt, se confirmă definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Odorhei.

D. dr. Cameniţă I. D. Vasile, actual medic definitiv al Circ. I. G. Duca, jud. Mehedinţi, se confirmă definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Câmpulung.

D. dr. George A. Dumitrescu Manuk, actual medic definitiv al oraşului Blaj, se confirmă definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute, în ordinea clasificării, în postul de medic primar al judeţului Tighina.

D. dr. Dinulescu Gabriel, actual medic definitiv al Circ. Mârşani, jud. Dolj, se confirmă definitiv în baza concursului depus şi a alegerii făcute în ordinea clasificării, în postul de medic primar al jud. Hotin.

D-na dr. Baril Palade Sofia, actual medic asistent definitiv la Spitalul din Diciosânmartin, se transferă definitiv medic asistent la Spitalul din Tg.-Mureş.

D. dr. Solomon Ioan, actual medic definitiv al oraşului Orăştie, jud. Hunedoara, se transferă definitiv în postul de medic de circ. urbană la Serviciul sanitar al Municipiului Cluj.

D. dr. Benţia Ioan, actual medic definitiv al Circ. Pecica, jud. Arad, se transferă definitiv în postul de medic şef al oraşului Tg.- Mureş.

D-na dr. Olănescu Nelepcu Aurelia, se reprimeşte în serviciu ca stagiară, în postul de medic şcolar la Serviciul sanitar Municipiului Bucureşti.

D. dr. Bodiş Gaspar, actual medic definitiv al Circ. Lunca, jud. Bihor, se transformă definitiv în postul de medic al Circ. Păpuşul Mare, jud. Cluj.

D. Rădulescu Ioan, actual medic definitiv al Circ. şi or. Ostrav, jud. Durostor, se transferă definitiv în postul de medic al Circ. Bilciureşti, jud. Dâmboviţa.

D-na dr. Radian Dumitrescu Ortansa, actual medic definitiv de circ. urbană la Serviciul sanitar al Municipiului Craiova, se transferă definitiv în postul de medic al Circ. Osica de Sus, jud. Romanaţi.

D. dr. Simion Nistor, actual medic definitiv al Circ. Şag, jud. Timiş-Torontal, se transferă, în interesul serviciului definitiv în postul de medic al Circ. Latinu, jud. Brăila.

D-na dr. Maria Bărbuleanu, medic definitiv al Circ. Balaci, jud. Teleorman şi d. dr. Ivan Conea, medic definitiv al Circ. Tufeni, acelaşi judeţ, se transferă definitiv, în interesul serviciului, unul în locul celuilalt.

D. dr. Traian Nuţu, medic stagiar al Circ. Mereni, jud. Vlaşca, împlinind stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Următorii medici se pun în retragere din oficiu, pentru aranjarea drepturilor la pensie, pentru cauză de boală căpătată în timpul însă nu din cauza serviciului şi anume:

D. dr. Deac Ştefan, medic definitiv al Circ. Răbăgeni, jud. Bihor.

D. dr. Rădulescu Gh., medic şcolar la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

fabrica de produse chimice

gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Calciul, introdus parenteral este de 5 ori mai activ, decât administrat pe cale bucală

prescrieți deci:

Calcimusc

Soluție sterilă de gluconat de calciu 10%, pentru injecțiuni intramusculare și intravenoase.
Fiole de 5 și 10 cc.

Hipoaciditatea și achilia gastrică
pot fi remediate prin

BETACID mite și forte

Tablete

In afecțiunile gastrointestinale datorite insuficienței pancreatice

PANKRIN și

fermenții pancreatici,

DIPANKRIN

fermenții pancreatici și duodenali.
Tablete.

UNGUENTOLAN

Alifie vitaminată cu untură de peşte

după Prof. Löhr

Pentru tratamentul:

ränilor, plăgilor cronice infectate, arsuri de orice fel, flegmon grav cu mari pierderi de substanţă, decubitus acutus, răni articulare, ulcere varicoase, plăgi operatorii supurate, plăgi osoase, furunculi operaţi radical, antrax, panariţii şi osteomielite.

HEYL et Co. Chem. pharm. Fabrik Berlin Nr. 65

Pentru România: Dr. ALEX. RADU Str. Sofia 30, Bucureşti 3

Neurastenii — Nevroze — Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. — Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL
Levulat de calciu

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Rachitism-Toate formele de tuberculoză
Limfatism-Carii dentare-Creştere dificilă
Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT
Fosfaţi de calciu Coloidal + Vitamină D.

Lichid. — Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe sau linguri de desert pe zi.

Demineralizare-Fosfaturie-Inapetenţă
Neurastenie — Maladii consomptive
Sarcină — Alăptare

PHOSPHARSYL

Fosfaţi de Calciu metilarseniaţi

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate
Convalescenţe cu semne de insuficienţă
sau turburări evidente ale glandelor
paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE
Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză Paratiroidă

Granule: 2 — 3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză—Neurastenie — Maladii
astenizante — Debilitate — Fracturi
Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

Fosfaţi de Calciu

Lichid: 2 — 3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Rachitism — Turburări de creştere — Tuberculoză — Alăptare — Fracturi
Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE DE CHAUX PINARD

IRADIAT

Fosfat Pinard + Vitamina D.

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Laboratoires DR. PINARD — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei BUCUREŞTI III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 10 — 10 Lei Exemplarul — 15 Mai 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII"

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU înscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. E. CRĂCIUN: *Pericolul Social ce reprezintă coloranţii alimentari. Constitue unele alimente şi medicamente colorate un risc de cancer?* 122

Agr. Dr. D. SIMICI şi Int. PRIBOIANU: *Consideraţiuni clinice, patogenice şi terapeutice asupra hiperazotemiilor acute transitorii din cursul hemoragiilor digestive* . . 113

Pagina

PROBLEME SANITARE

Dr. I. BORDEA: *Probleme sanitare. Orientări şi desorientări.* IV. *Ministerul Sănătăţei Publice* . . 117

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Ştiinţa medicinei sociale. Cu prilejul apariţiei lucrării D-lui Dr. Gh. Banu: «La Science de la Médecine Sociale»* 123

Pagina

NECROLOG

Prof. Dr. ION T. NICULESCU: *Pierre Marie.* 121

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

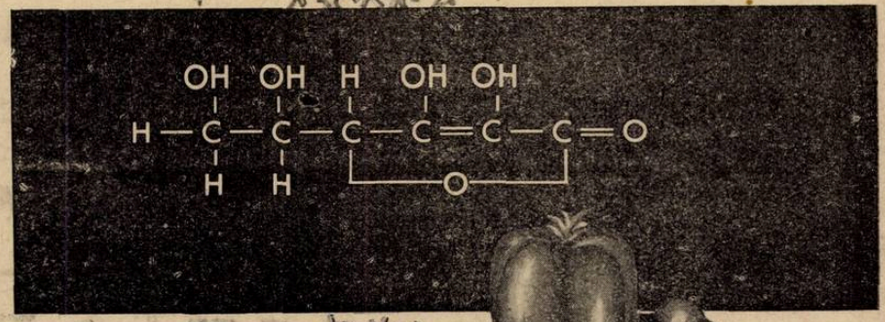
Curs de Oto-Rino-Laringologie la Cluj; Invăţământul medical în Franţa pe timpul războiului; Lupta contra campaniei în favoarea uzului de vin în Franţa 124

BIBLIOGRAFII

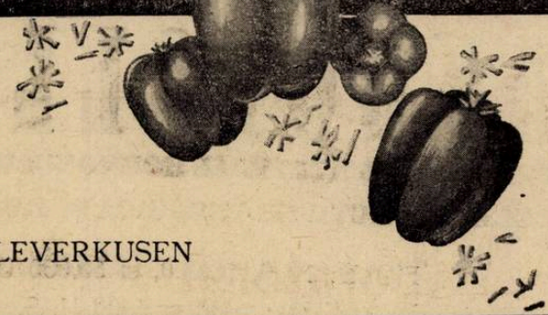
Les acquisitions nouveles de l'endocrinologie, par *R. Rivoire*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de pagini, 45 fr.

Cantan

Vitamina C »Bayer«



In diateze hemoragice, hemoragii, scorbut, predispoziţie spre infecţiuni.
In boale infecţioase pentru compensarea consumului mărit de vitamină C.
In vărsăturile sarcinei, paradentoze, carii etc.
In cazuri grave: CANTAN-forte.



»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala: „ROMIGEFA" S. A. R. Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
- antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
- antistreptococic »
- antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).

Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
- antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
- anticărbunos
- antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
- antipoliomyelitic
- anticoli polyvalent
- antistafilococic
- antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
- antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
- normal de cal
- normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
- antistafilococic
- antigonococic
- antipneumococic
- antitifo-paratific
- antiholeric
- contra tusei convulsive (Bordet)
- anticoli (Gengou)

Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diftерică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenterie.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Antovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

UROCARMIN

PENTRU TRATAMENTUL şi PROFILAXIA INFECŢIUNILOR CĂILOR URINARE

COLORANT AZOIC CU ACŢIUNE BACTERIOSTATICA

(bacilul coli, strepto şi stafilococ, proteus, etc.)

EFECTE NEINFLUENŢATE DE REACŢIUNEA URINEI.

Tablete: tuburi cu 20 şi 50 tablete

AKROFOLLIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI FOLICULAR CU ACŢIUNE ENERGICĂ ŞI DURABILĂ

FIOLE: 1000, 10.000, şi 50.000 U. S.
DRAGEURI: 1000 şi 5000 U. S.
(1. U. S. = 1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI CORPULUI GALBEN

FIOLE: 0,5, 2 şi 5 U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

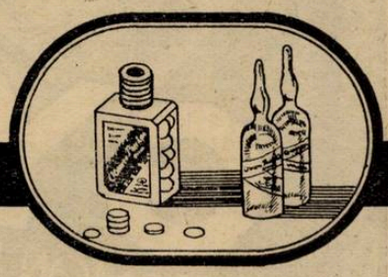
Ovarium „Henning" Panhormon

Hormon folicular + Extract total

în fiole și drageuri de 100, 1000, 10.000, și 50.000 ME

*

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală. Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori simulanți ai metabolismului.



Eftin și Activ

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ȘI TALC

**ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELITE**

Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. ȘI CUTII 1/2 Kgr.

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

**PLĂGI • ARSURI
IRITAȚIUNI CUTANATE • ULCERE**

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. și Talc

TUB MIC, MARE ȘI CUTII 1/4 Kg.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREȚIUNILE

**IRITAȚIUNI
SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE
TOALETA
SUGARILOR**

CUTII METAL MICI ȘI MARI ȘI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

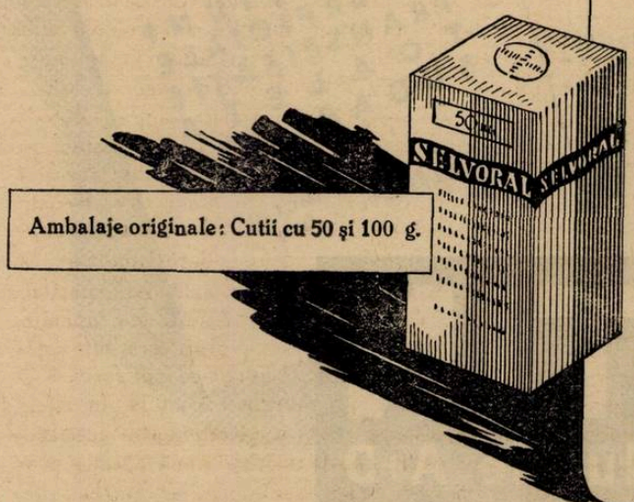
Repr. ştiinţifică pentru România: „S. I. F." s. a. r., Bucureşti IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

Selvoral

Sare de calciu a acidului glucohexitcitric.

Preparat de calciu

uşor solubil, fără gust, pentru calcioterapia pe cale bucală



Ambalaje originale: Cutii cu 50 şi 100 g.

Selvoral-ul se resoarbe foarte repede şi în urma retenţiei sale favorabile asigură o acţiune durabilă.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
"ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18. Tel.: 37-22

Anul XVIII. No. 10 10 Lei Exemplarul 15 Mai 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Consideraţiuni clinice, patogenice şi terapeutice asupra hiperazotemiilor acute transitorii din cursul hemoragiilor digestive

de Agr. Dr. D. SIMICI şi Int. PRIBOIANU

Hiperazotemiile produse în astfel de circumstanţe au fost semnalate, parese, pentru prima oară în 1933 de medicul argentinian *Sanguinetti;* acest autor s'a servit chiar de termenul «Uremie» pentru a eticheta fenomenul observat de dânsul în cursul marilor hemoragii gastro-intestinale. De la data aceea, alţi autori cum sunt: *Christiansen, Sucic, Alstead, Henri Serre, Ingegno, Cain, Cathan* şi *Zarachovith, Warenberg şi Dumarez, Aubertin* şi *Horeaux* s'au mai ocupat de această chestiune, căutând s'o aplice şi s'o lămurească din toate punctele de vedere. De curând chiar *Michel Demole* şi *Jean Neeser,* au tratat într'o lucrare foarte documentată, publicată în «Gastroenterologia»» acest subiect, aducându-i complectări foarte instructive: In ţară la noi, dr. *Gingold,* ne relatează că a observat şi dânsul o astfel de hiperazotemie la un hemoragic duodenal; în urmă, căutând fenomenul şi la alţi hemoragici digestivi nu l'a mai putut dovedi din care cauză n'a mai crezut util să se ocupe mai deosebit de această chestiune. In ultimul timp am avut şi noi ocazie să îngrijim doi bolnavi cari prezentau hemoragii digestive la care am putut constata existenţa transitorie a unei hiperazotemii mai mult sau mai puţin însemnate. Faptul acesta ne-a incitat să publicăm observaţiunile noastre în coloanele «României Medicale», însoţindu-le de diferite consideraţiuni clinice, patogenice, prognostice şi terapeutice, cele mai multe din ele strânse de prin lucrările autorilor susamintiţi, la care vom adăoga şi câte ceva din cele observate de noi, fapte care aduc, credem, şi ele o oarecare contribuţiune la complectarea subiectului de o reală importanţă pentru practica medicală, aceasta cu atât mai mult cu cât, după cunoştinţele noastre, această chestiune n'a mai fost tratată ca o punere la punct mai complectă în literatura medicală românească.

In cele ce urmează vom descrie mai întâi observaţiunile noastre după care vom expune consideraţiunile mai sus amintite.

OBSERVAŢIA I-A:

Pacientul A. T. în vârstă de 44 ani, originar din Bălţi, ne istoriseşte că a început să acuze încă din luna Mai 1939 gastralgii zilnice, adesea foarte intense care apăreau mai des preprandial şi se calmau prin ingestia de alimente. Ele se iradau în ipohondrul drept după cum şi în regiunea dorsală inferioară. Pentru aceste fenomene, dânsul a consultat numeroşi medici care cu toţii au crezut în existenţa unui ulcer gastric sau duodenal, deşi o exploraţiune radiologică făcută bolnavului la acea epocă n'a putut confirma diagnosticul. Cu toate acestea, diferite tratamente urmate în vederea acestei leziuni, reuşise să atenueze suferinţele bolnavului, fără însă să le poată suprima cu desăvârşire. Patru luni după aceasta, cam prin luna Septembrie, gastralgiile au revenit cu mai multă intensitate, însoţindu-se de astă dată de intoleranţă gastrică, vărsături cu caracter sanguinolent asemănătoare unor mici hematemeze, după cum şi de scaune maelenice. In acest moment unul din noi chemat în consultaţie sfătueşte bolnavul să se interneze în Sanatoriul Fundaţiei M. H. Elias, al Academiei Române, unde dânsul se şi spitalizează în ziua următoare. Examinat amănunţit la intrarea în serviciul nostru, constatăm următoarele:

Antecedentele heredo-colaterale fără de importanţă. Privitor la cele personale, aflăm că bolnavul a suferit de scarlatină în copilărie; neagă sifilisul sau alte maladii veneriene, a abuzat mult de alcool şi de tutun; obişnuia să fumeze circa 70 ţigarete zilnic. Privitor la debutul boalei actuale informaţuinile sunt asemănătoare celor deja istorisite. In momentul examenului nostru dânsul se plângea de o astenie pronunţată, de inapetenţă, de indigestiuni şi de intoleranţă gastrică după cum şi de vărsături cu caracter sanguinolent; chiar în ziua internării sale bolnavul prezentase o nouă mică hematemeză după cum şi scaune maelenice.

Din punct de vedere obiectiv, constatăm că pacientul nostru era de talie înaltă, foarte slăbit cu tegumentele palide şi pământii. Pe suprafaţa tegumentelor toraco-abdominale se observau numeroşi nervi angiomatoşi mici, deasemenea, bolnavul era scoliotic şi avea o pronunţată atrofie a musculaturii paravertebrale. La aparatul respirator se constata că toracele bolnavului era alungit cu reliefurile osoase pronunţate, exista deasemenea, o matitate la baza posterioară a hemitoracelui stâng după cum şi numeroase raluri bronşice uscate. Bolnavul tuşea des dar nu expectora.

Aparatul circulator nu prezenta nimic anormal decât o accentuată hipotensiune arterială cu o maximă de 10.

Aparatul genito-urinar era şi dânsul normal; urinele cu toată denutriţia şi deshidratarea pacientului aveau un debit mulţumitor şi nu conţineau elemente patologice. Din partea tubului digestiv şi a glandelor anexe, constatăm că bolnavul avea buzele şi limba uscată dantura era deficientă şi foarte rău îngrijită, abdomenul era balonat şi prezenta o bombare mai pronunţată epigastrică, era hiperestezic şi hipertimpanic. Palpaţia profundă provoca dureri în epigastru de predominenţă în punctul xifoidian şi median, după cum şi în hipochondrul drept, stomacul era tonic şi fără clapotaj, exista o coardă colică dureroasă distală şi proximală cu garguimente cecale. Ficatul era mărit de volum măsura pe linia medio-claviculară 16 cm. şi era dureros la palpaţiune sub falsele coaste. Splina era percutabilă pe 3—4 laturi de deget. Sistemul limfatic şi nervos erau normale.

In cursul spitalizării sângerarea digestivă se opreşte, toleranţa gastrică se restabileşte, alimentaţia lactată se putu face suficient aşa încât cam după vre-o 10 zile, bolnavul părăseşte sanatoriul, cu fenomenele gastrice mult ameliorate, cu o stare generală mulţumitoare, dar cu hemoragiile oculte încă prezente în materiile fecale.

In această situaţiune bolnavul stă la domiciliul său vre-o două săptămâni când, din nou, fără să se îndepărteze dela recomandaţiunile dietetice pe care le formulasem la eşirea sa din sanatoriu, el este apucat din nou de gastralgii şi mai pronunţate însoţite de aceleaşi mici hematemeze şi evacuaţiuni maelenice. Ingrijorat de această recidivă dânsul revine în sanatoriul nostru unde chiar a doua zi mai prezintă o nouă hematemeză de circa 250 cc. sânge negricios însoţită de câteva evacuaţiuni maelenice. Reexaminat clinic constatăm fenomene aproape asemănătoare acelora deja amintite, cu diferenţa numai că, de astă dată, pacientul era şi mai slăbit şi mult mai anemic, în plus, splina bolnavului era mai mărită de volum şi devenise dureroasă şi palpabilă sub marginea costală. In zilele următoare cu tot tratamentul instituit, bolnavul mai prezintă încă câteva evacuaţiuni mici maelenice iar starea anemică generală se înrăutăţeşte din ce în ce mai mult. Pentru acest motiv ne ho-

tărâm să-i executăm o transfuzie de sânge pe care o precedăm de efectuarea unei hemograme minuţioase după cum şi de un dozaj al urei din sânge.

Aceste explorațiuni ne dau următoarele rezultate.

Eritrocite, 1.850.000
Hemoglobină, 33%
Index de culoare, 09.
Anizocitază şi anizocromie
Leucocite, 6.300 cu neutrofilie
Uree în sânge: 0,78‰.

Constatațiunea neşteptată privitoare la quantumul azotemie ne incită să amânăm executarea transfuziei până la revenirea la normal a ureei sanguine, ceeace de altfel se petrece după 48 ore, când o nouă cercetare a sângelui ne indică o uree sanguină numai de 0,44‰. In aceste condţiuni se face bolnavului o transfuzie de 200 cc. sânge care a fost foarte bine suportată. In urma acestei intervenţiuni azotemia rămase în limitele normale, iar după câteva zile, sângerarea digestivă se opreşte şi ea definitiv, alimentaţia lactată se putu relua în cantitate suficientă ceeace atrase după sine o vădită ameliorare a stării generale şi anemice; la aceasta, se adaogă în cele din urmă şi dispariţia hemoragiilor oculte din materiile fecale. Faţă cu această netă ameliorare a bolnavului, ne-am permis să-i executăm ulterior şi un examen raidologic cât mai minuţios posibil (Dr. V. Tomescu) care însă, nu ne-a putut preciza existenţa vre-unui ulcer pe tractul digestiv al bolnavului ceeace ne obligă să punem patogenia turburărilor gastrice şi aceea a sânge rărilor digestive repetate pe seama unor leziuni hepato-splenice asociate, de etiologie necunoscută.

Din cuprinsul acestei observaţiuni se pot desprinde câteva fapte pe care le credem demne de relevat; astfel, este de constatat mai întâi că, hemoragiile digestive ale bolnavului nostru care n'au fost prea copioase dar în schimb, foarte persistente, s'au însoţit nu numai de o alterare pronunţată anemică a sângelui dar şi de o iperazotemie de intensitate medie inferioară celei de 1‰. Debutul acestui fenomen azotemic noi nu-l putem preciza dat fiind că, nu l'am descoperit decât întâmplător cu ocazia necesităţei efectuărei unei transfuzii sanguine. Unii autori au arătat că aceste fenomene hiperzotemice s'ar petrece numai după hemoragiile digestive mari; cele constatate la bolnavul nostru dovedesc că ele se pot ivi şi în cursul hemoragiilor mai puţin copioase, dar persistente. In al doilea rând, ţinem să facem legătura între oportunitaea practici unei transfuzii de sânge, indicate în cazul unei hemoragii digestive rebele la tratamentele obişnuite şi prezenţă concomitentă a unei hiperazotemii, fie chiar numai de intensitate medie. A priori, dovedirea unei hiperazotemii la un bolnav hemoragic gastro-intestinal, ar contraindica aceasta terapeutică, mai ales acolo unde substratul fenomenului ar fi legat de o leziune renală. La data când noi am observat acest fenomen, trebue să recunoaştem că, nu cunoşteam protogenia hiperazotemiilor hemoragiilor digestive şi de aceia, bănuind legătura fenomenului cu existenţa unor leziuni renale oculte, am găsit cu cale că este mai rezonabil să amânăm intervenţiunea pentru o zi ulterioară. Adoptarea unei atitudini de prudenţă din acest punct de vedere ne-a fost incitat şi de faptul că numai cu câteva zile anterior, practicând o transfuzie de sânge la o bolnavă cu anemie pernicoasă, având 1.200.000 eritrocite la mmc. de sânge, rezistentă la hepatoterapie, şi la orice alt tratament dar care se însoţea şi de o hiperazotemie de 1 gr. ‰ după cum şi de câteva semne obiective cari dovedeau existenţa unei leziuni renale asociate (albuminurie şi cilidrurie) aceasta a fost urmata, după câteva ore, de anurie şi exitus prin colaps cardio-vascular ireductibil.

In cazul nostru, practica transfuziei făcute însă numai după ce azotemia bolnavului revenise la normal, n'a influenţat ulterior câtuşi de puţin în rău permeabilitatea renală azotată a bolnavului aşa încât, în zilele următoare aceasta a perzistat să se menţină la cifrele normale. Vom vedea ulterior când vom analiza patogenia acestei hiperazotemii că, transfuziile de sânge la hemoragici digestivi având o hiperazotemie inferioară cantităţilor de 1 gr. ‰ nici nu pot dăuna permeabilităţilor renale azotate dat fiind că, această ridicare a ureei sanguine în atare cazuri, se datoreşte de obicei unor procese extrarenale.

Se schimbă situaţia atunci când hiperazotemia este mult mai ridicată, în această eventualitate, unele fapte de observaţie după cum şi anumite cercetări asupra cărora vom insista ulterior ar dovedi că, uneori, această hiperazotemie poate fi produsă şi de coexistenţa unor leziuni renale mai mult sau mai puţin pronunţate. In aceste cazuri, este mai prudent să se execute în prealabil bolnavului o explorare amănunţită a permeabilităţei renale azotate şi numai după aceea, în cazul când ea este bună să se procedeze la efectuarea transfuziei de sânge.

In fine, din cuprinsul acestei observaţiuni, mai reese şi faptul că revenirea la normal a azotemei bolnavului nostru a fost urmată după scurtă vreme şi de dispariţia hemoragiilor oculte din materiile fecale, fapt care ne-a precizat şi oprirea definitivă a hemoragiei sale digestive.

Din această constatațiune, credem că am mai putea trage şi concluzia pentru viitor acea că, ori de câte ori la un bolnav hemoragic digestiv care concomitent este şi un hiperazotemic se constată la un moment dat la dânsul descinderea urei sanguine la cifre normale, aceasta ar reprezenta pentru noi un simptom preţios care ar putea să ne indice oprirea concomitentă a hemoragiei gastro-intestinale.

OBSERVAŢIA II-A:

D-l L., magistrat superior pensionar în vârstă de 60 ani, ne istoriseşte că în luna Septembrie 1939, a prezentat câteva scaune maelenice, cărora însă nu le-a dat nici o importanţă, din care cauză îşi continua activitatea după cum şi alimentaţia sa obişnuită. La începutul lunei Ianuarie 1940, are crampe abdominale, însoţite e vertij, slăbiciune mare, stare lipotimică şi concomitent expulzează un scaun maelenic abondent, fenomen care s'a mai repetat ulterior în cursul aceleaşi zile de câteva ori. Pentru acest motiv suntem chemaţi în consultaţie şi la examenul clinic constatăm următoarele: Referitor la antecedentele heredocolaterale nu aflăm nimic important. Privitor la cele personale, dânsul ne spune că a suferit adesea de pirosis pentru care lua des prafuri de saturaţie; neagă sifilisul, alte boli venerice, după cum şi maladiile contagioase. Pacientul este căsătorit, şi are copii sănătoşi. N'a abuzat de alcool şi de tutun. Debutul maladiei actuale a fost deja expus iar în momentul examenului nostru, bolnavul se plângea de greaţă, de dureri epigastrice, intestinale şi de o accentuată astenie şi slăbiciune generală.

La examenul clinic obiectiv, remarcăm că pacientul era de talie scundă cu tegumentele palide şi foarte anemice. Aparatul respirator era în bună stare. Cel circulator n'avea anormal decât o accelerare a ritmului şi o accentuată hipotensiune arterială cu o Mx. de 10 şi o Mn. de 6.

Din partea tubului digestiv constatăm la dânsul o limbă saburală şi uscată, un abdomen balonat, ipertimpanic şi dureros în regiunea epigastrică şi periobilical. Ficatul şi splina erau normale; deasemenea, aparatul limfatic şi nervos, idem cel renal; urinele bolnavului examinate ulterior nu conţineau elemente patologice.

In ziua următoare bolnavul a mai prezentat o nouă evacuaţie maelenică mai puţin copioasă, după care fenomenele hemoragice nu s'au mai repetat. Cunoscând de astă dată dela celalt bolnav, fenomenul hiperazotemic transitor care se poate petrece în astfel de circumstanţe, procedăm în a 5-a zi dela debutul hemoragiei intestinale la efectuarea unui dozaj al Azotemiei bolnavului, care ne indică cifra de 0,84‰. Acest dozaj l'am mai repetat după alte 5 zile, când azotemia fu dovedită încă ridicată, la 0,74‰.

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum
cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.
10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu **multă** apă. Nu se vor lua pe stomacul gol.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

**Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice,
Str. Atena 29, București 3.**

Tratamentul Arsenical

al **SIFILISULUI DOBÂNDIT**
tratamentul de întreţinere
al **SIFILISULUI EREDITAR**
al **SIFILISULUI ÎNVECHIT**
al **DERMATOZELOR**
asociate sifilisului
prin

Acétylarsan

absolut · nedureros
discret, uşor
neurotonic & eutrofic

Compus arsenical de eliminare uşoară
pretându-se la toate modalităţile tratamentului mixt.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
Marques POULENC Frères et USINES DU RHONE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8e)

DRÉ ILL

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

In tot acest timp, maelena nu s'a mai repetat, hemoragia ocultă era însă mereu prezentată, toleranța gastrică relativ bună, iar bolnavul putu să se alimenteze cu lapte în cantitate de circa 1800 — 2.200 gr. zilnic fără de nici un inconvenient. In fine, după alte 5 zile, am făcut bolnavului, concomitent cu o hemogramă minuțioasă, care ne-a indicat o anemie de 3.400.000, cu hemoglobină de 60 — și o nouă cercetare a azotemiei sale care, de astă dată, ne-a indicat cantitatea normală de 0,44‰. Puțin timp după constatarea acestui fenomen, o nouă analiză a materiilor fecale pentru dovedirea sângelui ocult, ne-a arătat oprirea definitivă a sângerării; ceeace ne-a permis să-i facem ulterior și o explorație radiologică care, spre surprinderea noastră, n'a putut să ne descopere pe tubul digestiv (asemănător cu cele constatate și la primul bolnav), nici o leziune ulceroasă gastrică sau duodenală, ceeace de altfel, ne-a și împiedicat să stabilim cu precizione etio-patogenia hemoragiei digestivă a bolnavului nostru.

Din cuprinsul acestei observațiuni se remarcă deasemenea că, sindromul hemoragic al acestui bolnav, lipsit de leziuni renale cel puțin aparente, s'a însoțit încă din a cincea zi dela debutul accidentului, de o hiperazotemie destul de marcată care la dânsul, a fost mai persistentă decât aceea a primului nostru pacient, căci ea era încă prezentă a 6-a zi dela constatarea fenomenului. Ceeace însă ne pare interesant în această observație este faptul că regimul lactat n'a dăunat evoluțiunea favorabilă a hiperazotemiei — căci, cu totă cantitatea însemnată de proteine îngerate zilnic, aceasta, n'a împiedicat ca hiperazotemia să dispară între a 6-a și a 10-a zi dela precizarea fenomenului — deși bolnavul lua în acest interval de timp mai mult de 2 litri de lapte în 24 ore.

Acest fapt ne-ar permite să tragem și concluziunea pentru viitor acea că, iperazotemiile inferioare cantității de 1 gr. ‰ nu trebue să constitue în practică un obstacol pentru administrarea regimului lactat bogat în proteine. Acest regim nu are nici o influență nocivă asupra permeabilității renale azotată în astfel de cazuri lipsite de leziuni renale aparente, după cum faptele s'au dovedit la bolnavul acesta care trebuea neapărat hrănit.

Deasemenea, la acest pacient, descinderea azotemiei la cifrele normale a fost urmată după puțină vreme, ca și la primul bolnav, de dispariținea hemoragiilor oculte, ceeace ne-a și dovedit încetarea definitivă, cel puțin pentru un moment, a sângerării sale intestinale.

Terminând descrierea observațiunilor noastre și a celor câteva considerațiuni practice care se desprind din cuprinsul lor să vedem acum care este frecvența și intensitatea fenomenului hiperazotemic, epoca sa de apariținne în decursul evoluției hemoragiei, durata lui, faptele etiologice care îi condiționează apariția, patogenia și importanța acestei hiperazotemi în raport cu terapeutica care se aplică de obicei în aceste cazuri, astfel cum toate acestea rezultă din publicațiunile anterioare privitor la această chestiune, *Demole* și *Neeser* admit că hiperazotemiile care se ivesc în timpul hemoragiilor digestive au o frecvență destul de mare; procentul lor ar varia între 42 și 82% din cazuri. Din publicațiunile consultate reese că unii autori admit un procent mai scăzut, alții din contra, unul mult mai ridicat. Dezacordul se datorește, pareni-se, concepțiuni diferite pe cari îl au medicii în ceeace privește apreciațiunea limitei superioare a azotemiei normale. In felul acesta, cei care admit că aceasta nu depășește 0.40‰, consideră de obicei drept hiperazotemici pe acei hemoragici care au o cantitate de uree în sânge chiar numai de 0,50 gr. spre ex.; din contra, acei care cred că limita normală a azotemiei poate merge și până la 0,50‰, nu admit ca fiind hiperazotemici decât pe acei bolnavi la cari quantumul ureei sanguine trece de această cifră. In primul grup, se găsesc autori ca: Alsted, Ingegno, care au considerat hiperazotemici pe toți hemoragici care au avut în sânge o cantitate de uree superioară cifrei de 0.34 — 0.38‰, pe câtă vreme în cel de al doilea grup se găsesc cei mai mulți autori printre care sunt și *Demole* și *Neeser* care, în documentata lor lucrare, insistă mult asupra faptului de a nu se considera ca hiperazotemici decât acei hemoragici digestivi care au o azotemie superioară cifrei de 0.50 ‰.

Intensitatea hiperazotemiei nu depășește în majoritatea cazurilor cifra de 1‰, astfel cum faptele s'au petrecut și la bolnavii noștri; cantități mai superioare sunt cu totul excepționale.

Statistica publicată de *Demole* și *Neeser*, care se sprijină pe 50 hemoragii digestive, cărora li s'a cercetat azotemia, rezultă că la 14 din ei, azotemia varia între 0,41—0,80‰; la 11, dânsa a fost găsită în cantități de 0,81 —1,20; la 2 din aceștia, hiperazotemia era de 1,20—1,60; iar la alți trei, cantitățile ureei sanguine depășeau aceste cifre. Alți autori cum sunt *Alstedt, Cristiansen, Meyler* au semnalat hiperazotemii de 2 și chiar 3 gr.

Fenomenul acesta are o apariținne precoce în raport cu data producerii accidentului hemoragic, de obicei el se ivește între a 2-a și a 4-a zi; mai rar mai tardiv, cum faptul s'a constatat în prima noastră observațiune. El durează câteva zile, adesea o săptămână ori mai mult; *Henry Serre* a citat un caz unde hiperazotemia a persistat mai mult de o lună. In observațiunea care ne-a fost relatată de dr. *Gingold*, se găsise bolnavului chiar a doua zi după producerea hemoragiei, o hiperazotemie de 1,04‰.

Dintr'o lucrare a lui *Ingegno* (citată de *Demole)* se constată că, din 42 hemoragici gastro-intestinali, 17 dintre ei prezentaseră concomitent și o hiperazotemie care, la 14, se instalase în a 3-a zi după accident (Procent 78%) iar la 3, numai ceva mai târziu (Procent 12%). In cazurile noastre la unul bolnavi, hiperazotemia fu constatată în a 5-a zi a hemoragiei, la celalt, ea fusese descoperită tardiv, cu ocazia celui de al doilea episod hemoragic. La acest bolnav hemoragia intestinală, deși era persistentă și rezistența la tratament, nu era însă cantitativ prea însemnată. Faptul ne dovedește că constituirea unui proces hiperazotemic este posibil și în cazurile acelea unde hemoragia nu este cantitativ prea mare. Am insistat asupra acestui fapt întrucât, s'a susținut că iperazotemiile post-hemoragice se ivesc de predilecție în acele cazuri la care hemoragia digestivă este foarte abundentă. Hiperazotemiile acestea se pot produce la toate vârstele. Statisticile le arată foarte dese mai ales între 20—40 ani; faptul s'ar datori frecvenței mai mari a ulcerului gastro-duodenal tocmai în această perioadă a vieței. Dar acest fenomen nu este numai apanajul hemoragiilor cauzate de ulcerațiunile gastrice sau duodenale; el se poate petrece și în hemoragiile tractului digestiv produse de diferitele leziuni cronice ale ficatului, splinei — în boalele sângelui și chiar în cursul unui epistaxis rebel al cărui sânge scurs spre faringe și înghițit involuntar se acumulează și stagnează un timp mai îndelungat în intestin, după cum faptul a fost semnalat mai întâi de către *Aubertin*. In cazurile noastre tocmai, hemoragia digestivă nu avusese o patogenie ulceroasă și cel puțin la unul din ele, origina hepato-splenică părea să fi fost neîndoelnică. In legătură cu aceasta, dintr'o statistică publicată de *Demole* și *Neeser*, se constată că din 20 ulcerațiuni gastro-duodenale sângerânde, 18 dintre ele prezentaseră hiperazotemie; din 9 cazuri de hemoragii intestinale unde ulcerul era numai suspectat, șase din acestea evoluaseră și ele cu acelaș fenomen; din 13 bolnavi a căror hemoragie gastro-intestinală fusese de origină hepatică sau angio-colecistitică, nouă dintre ei, avuseseră de asemenea un oarecare grad de hiperazotemie și în fine, din nouă cazuri de hemoragii digestive de natură neoplazică, trei dintre acestea, evoluaseră și ele cu aceeași hiperazotemie. Rezultă din aceste date că, dintre toate leziunile, producătoare de hemoragii digestive, cea ulce-

roasă gastrică şi mai ales duodenală, este aceea la care se produce mai frecvent hiperazotemia însoţitoare, într'un grad mai mult sau mai puţin însemnat. Unii autori cum sunt *Gaultier, Merke, Gounelle* (citaţi *de Demole),* au crezut că dacă aceste hiperazotemii însoţesc mai des hemoragiile digestive produse de ulcer, faptul s'ar datori coexistenţei unor leziuni renale discrete, frecvente în cursul evoluţiunei ulcerului cronic gastric sau dodenal. *Demole* şi *Neesser,* controlând această hipoteză prin cercetarea permeabilităţii renale azotate la 50 ulceroşi lipsiţi de hemoragii digestive, n'au putut-o confirma căci, numai la 5 bolnavi (Procent 10%) ei au găsit o azotemie care a variat între un minimum de 0,40 gr. şi un maximum de 0.60‰. *Sprijiniţi pe aceste constataţiuni, aceşti autori susţin cu convingere că, hiperazotemiile post-hemoragice care nu depăşesc cotităţile de 1 — 1,20 de uree la litru de sânge, sunt de origină extra renală; numai* în acele cazuri la care acest fenomen depăşeşte aceste cifre, suntem îndreptăţiţi să bănuim şi existenţa unor leziuni renale care pot participa într'un gard mai mult sau mai puţin însemnat la constituirea iperazotemiei.

In sprijinul opiniunilor lui *Demole* şi *Neesser,* vin şi constataţiunile lui *Bast,* autor care cercetând funcţiunea renală la mai mulţi hemoragici digestivi prin proba Fenolftaleinei şi prin aceea a stabilirei coeficientului de epuraţie renală e lui *M. Intosch* şi *van Slyke,* n'a putu dovedi decât în două cazuri un oarecare grad de insuficienţă renală. In cazurile noastre, deşi nu s'a executat o explorăţiune mai minuţioasă a permeabilităţii azotate, totuşi, rinichii bolnavilor păreau să fie normali dacă ţinem cont că urinele lor nu conţineau elemente patologice. Cunoştinţa că marea majoritate a hiperazotemiilor digestive nu sunt condiţionate de leziuni renale şi că ele au mai ales o origină extra renală, are mai întâi o importanţă de ordin terapeutic, întrucât, ea ne arată că acestor bolnavi li se poate administra laptele, aliment bogat în proteine generatoare de azot, fără să avem teamă că aceasta ar putea să influenţeze în rău permeabilitatea renală azotată.

De acest fapt ne-am convins la ambii noştri bolnavi care, în timpul hiperazotemiei lor pasagere, au putut lua mari cantităţi de lapte, fără ca această alimentaţie să împiedice ulterior descinderea azotemiei la cifre normale. In cel de-al doilea caz, după cum am mai arătat, bolnavul lua la un moment dat când azotemia sa era încă la 0.74‰, circa 2 litri lapte pe zi şi cu toate acestea, după câteva zile, quantumul ureei sale sanguine se scoborâse la 0,44‰. In al doilea rând această cunoştinţă mai are şi altă însemnătate semnalată de *Serre,* acea că, ea fereşte pe medic să facă erori deinterpretare patogenică, făcându-l să creadă că hemoragia digestivă ar putea să fie cauzată de existenţa ocultă sau evidentă a vreuneie leziuni renale de nuanţa celora care produc fenomène de retenţiune azotată. Se ştie de altfel că, în cursul glomerulo-nefrtelor sau sclerozelor renale, care eventual se complică şi se exteriorizează prin sindromul uremiei gastrice, se pot forma leziuni ulceroase pe stomac, care pot sângera uneori destul de copios sub formă de Hematemeză sau maelenă. In această evenualitate însă, simptomele leziunei renale sunt de obicei destul de evidente.

Prognosticul în acest cazuri este uneori foarte grav căci, în afară de fenomenul hemoragic se mai adogă şi acela al insuficienţei renale care, de obicei este foarte pronunţată. Un alt fapt de ordin patogenic care a fost luat în discuţiune pentru a explica producerea acestor hiperazotemii post-hemoragice a fost şi acela al turburărilor metabolice cloruro-sodice care, survenind în cursul evoluţiei hemoragiei, ar putea cauza prin o eventuală cloropenie survenirea acestor hiperazotemii. Hipoteza aceasta a fost susţinută în special de *Mach,* dar cercetările făcute în acest scop de către *Demole* şi *Neesser,* în câteva cazuri de hemoragii digestive grave, n'au putut dovedi existenţa cloropeniei; ba din contra, în câteva cazuri autorii au găsit hipercloremie cu hipoclorurie, fenomen pe care, dânşii l'au pus pe seama nevoii pe care o are organismul acestor bolnavi de a se opune hiperazotemiei de origină extra renală prin o mai accentuată acumulare cloruro-sodică sanguină. Prin acest mecanism organismul poate să se debaraseze mai repede, adoptând calea renală, de excesul de substanţe azotate acumulate în sânge. Faptul este probat şi de cercetările lui *Meyler, Roch, Martin* (citaţi de *Demole),* care studiind eliminările azotate urinare la hemoragici digestivi hiperazotemici, au găsit că acestea sun mărite, astfel, concentraţia ureei din urina acestor bolnavi atinge cifra maximă de 32‰ şi uneori chiar şi mai mult; o altă chestiune care a fost deasemenea discutată în ceeace priveşte producerea acestei hiperazotemii a fost acea, dacă nu cumva fenomenul hiperazotemic nu s'ar datori şi formaţiunei endogene de uree în organism graţie unor anumiţi fermenţi cari îşi iau sarcina să transforme în intimitatea ţesuturilor anumite proteine în uree, cercetări pe cari unul din noi le-a făcut altădată în colaborare cu prof. *Vlădescu* şi *Marin Popescu* 1), au dovedit că stomacul spre exemplu poate efectua o astfel de transformare şi este foarte probabil că şi alte ţesuturi pot avea această proprietate. Care este însă partea pe care acest fel de formaţiune a ureei o o ia în geneza extra renală a acestor hiperazotemii post-hemoragice, nu poate fi până acum bine precizată. Deasemenea, s'a luat în discuţie rolul spoliaţiunei sanguine produsă de hemoragie, în producerea acestui fenomen. Se pare însă că această patogenie nu are un rol prea important de vreme ce hemoragiile produse de leziunea altor organe cum ar fi hemoragiile hirurgicale, pulmonare, spre ex. nu se însoţesc de hiperazotemie. Tot astfel, unii autori cum sunt prof. *Martin* şi *Junet,* (citaţi de *Demole)* au crezut că însăşi regimul absolut impus bolnavului în primele 48 — 72 ore dela debutul accidentului hemoragic, prin autofagia consecutivă, ar avea un rol important în producerea fenomenului. In special Prof. *Roch,* dela Geneva, a insistat altădată mult asupra rolului uremigen al autofagiei. Prof. *Meulengracht,* din Copenhaga, care a preconizat însă alimentaţia precoce a hemoragicilor digestivi afirmă că, n'a reuşit prin aceasta să împiedice ivirea hiperazotemiei. Deasemenea *Demole* şi *Neesser* susţin şi ei că nici reducerea lichidelor, deshidratarea şi slăbirea bolnavului prin restricţia alimentaţiei n'ar putea avea decât un rol recundar în producerea acestui fenomen. Mult mai însemnată pare autorilor însă patogenia fenomenului explicată prin mecanismul rezobţiei sângelui acumulat şi stagnat în intestin în cursul evoluţiei sindromului hemoragic digestiv, acesta, fiind independent de anemia secundară produsă de procesul sângerării.

Unul din argumentele principale care susţin patogenia aceasta este şi constataţiunea faptului că, heperazotemia post-hemoragică este mult mai deasă la bolnavi la care sângerarea digestivă se exteriorizează prin maelenă decât la acei la care hemoragia se evidenţiază numai prin hematemeză. Frecvenţa hiperazotemiilor, în special la maelenici, se explică prin faptul că la aceşti bolnavi sângele se acumulează şi stagnează mult în intestin; în acest organ proteinele sanguine digerate aduc organismului un surplus de azot ureifiabil (reprezentat de acidaminele şi polipeptidele născute din digestia sângelui) care este lăsat să treacă în exces în sânge poate şi din cauza existenţei concomitente a unui proces de insuficienţă hepatică. *Bast, Demole,* şi *Neesser* au calculat că un litru de sânge conţine aproximativ 33 — 34 gr. azot care este capabil să dea organismului 68.6 — 70.7 uree. Cum într'un ulcer duodenal, care a lezat o arteră mai importantă, hemoragiile de 2 litri de sânge sunt obişnuite, se poate deduce de aci că încă o cantitate

1) *R. Vlădescu, D. Simici et M. Popescu:* Une nouvella fonction de l'estomac, Rôle de cet organe dans le métabolisme de l'uree. Compt. rend des séances de l'Acad. de Science, 2 Fevrier 1931 t 192.

Pentru hemostază

MANETOL

In hemoragii ale traectului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale, vezicale, etc. Ca profilactic înainte de operaţiuni şi pentru prevenirea hemoragiilor postoperative

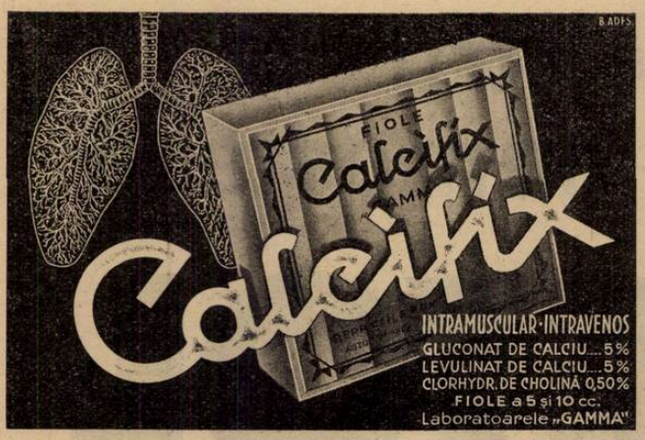
Ambalaje originale

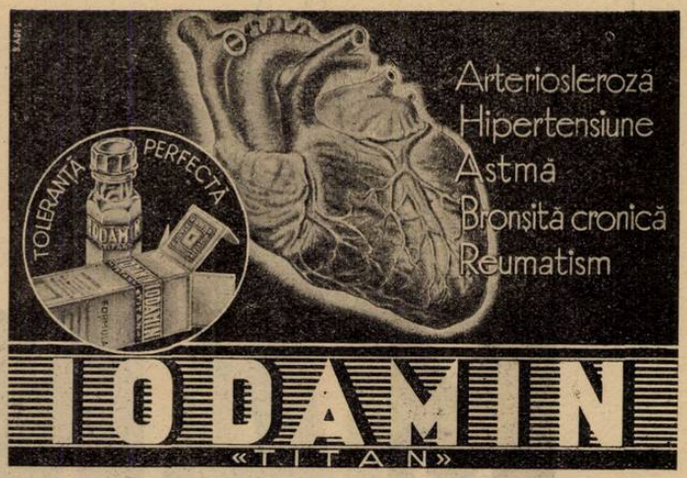
Cutii cu 5 fiole Manetol de 10 unit. biologice
Cutii cu 25 fiole de câte 10 unit. biologice

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 3-722.

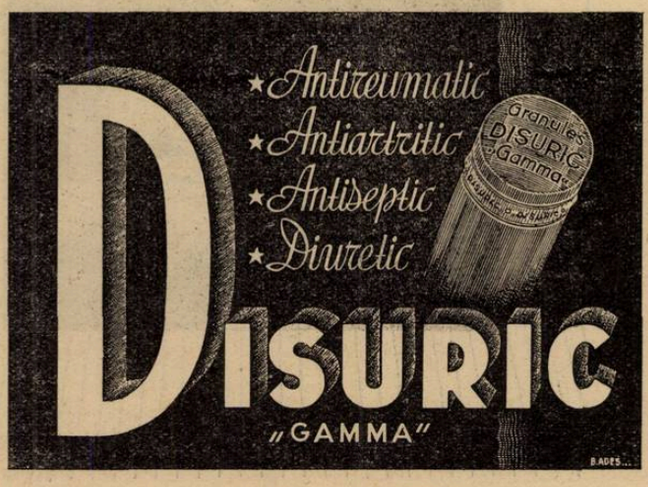




ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

importantă de sânge trebue să mai stagneze în intestin, oricât de însemnată ar fi cantitatea celeia care se expulzează în afară prin dejecţiunile maelenice.

Proteinele sângelui acesta sunt în parte ulterior digerate în intestin până la stadiul acid aminic; în plus ele sunt violent atacate şi de bacteriile proteolitice, din care cauză se naşte o pronunţată putrefacţie intestinală, fenomen care şi el, pare să intervină la producerea unui anumit grad de insuficienţă hepatică care ar exista de obicei în aceste cazuri.

In legătură cu acestea, *Demole* şi *Neeser*, crede că cel puţin jumătate din azotul rezultat din digestia sângelui stagnând în intestin suferă transformarea ureică de unde aceasta ajunge în organism în cantitate prea mare tocmai din cauza procesului de insuficienţă hepatică sus pomenită, tradusă mai ales printr'o exercitare defectuoasă a funcţiunii proteopexice şi ureeogenetice a ficatului. *Sanguinetti, Demole* şi *Neesser, Sucic*, au încercat să verifice acest mecanism de producere a hiperazotemiilor post-hemoragice, experimental pe câine şi pe om; astfel într'o experienţă făcută de *Demole* şi *Neesser* asupra unui câine de 13 kgr., prealabil sângerat, căruia i s'a dat să îngereze 360 gr de sânge, (cantitate socotită echivalentă acumulată în intestin a 2 litri de sânge la o persoană de 70 de kgr.) la acesta, cantitatea de uree din sânge de la 0.26‰ a trecut după 48 de ore, la 0,60‰, pentru ca a treia zi, ea să se redeschidă la 0,33‰. Tot astfel *Sanguinetti*, introducând cu sonda duodenală în intestinul unui individ normal 2 litri de sânge, cantitatea de uree sanguină a augmentat ulterior, dela 0.30 la 0.60‰. Repetând experienţa la o altă persoană tot normală, căreia i-a introdus în intestin prin acelaş procedeu, numai un litru de sânge, aceasta şi-a văzut ureea sanguină augmentând în a patra zi, numai la 0.50, de unde, anterior experienţei, dânsa nu era de cât de 0.30‰. Numai *Suciuc*, (citat de *Demole)* n'a reuşit să obţină augmentarea ureei sanguine după administrarea unei cantităţi de 500 gr. până la un litru de sânge, introdusă în intestinul indivizilor prin sonda duodenală. Toate aceste experienţe cari au adus o contribuţiune la valorificarea hipotezei patogenice care voeşte să explice, în majoritatea cazurilor, producerea hiperazotemiei post-hemoragice, prin mecanismul rezorbţii sângelui stagnând în intestin credem că ar merita să fie reluate prin cercetări mai numeroase; cu ele, s'ar putea valorifica şi mai mult, după cum şi lămuri cât mai complect posibil patogenia acestui fenomen care, prezintă pentru practica medicală, un deosebit interes după cum faptul s'a putut vedea din cuprinsul acestui articol.

PROBLEME SANITARE

ORIENTĂRI ŞI DESORIENTĂRI

de **Dr. I. BORDEA**

IV. Ministerul Sănătăţei Publice

Manifestaţiunile sociale, pentru ca să poată fi analizate şi judecate cu toată imparţialitatea cuvenită trebuesc privite prin prisma biologiei. Legile ei sunt imutabile şi toate transformările ce se produc în evoluţia vieţii, dacă ies din cadrul biologiei, au un aspect de provizorat şi mai mult dăunează decât folosesc. Dacă societatea omenească în desvoltarea ei s'ar fi condus după normele biologice, de multe şi mari neajunsuri ar fi fost scutită. Am impresia, că specificul acesta social, că convieţuirea aceasta în societate, care nu e numai o manifestaţiune a lui homo sapiens şi care se găseşte şi la alte fiinţe inferioare omului ca structură, ce e drept, am impresia zic, că acest specific social al fiinţelor inferioare nouă se integrează mult mai potrivit în legile biologiei, decât se încadrează cel uman. Abaterile acestea continue ale societăţii omeneşti dela legile vieţii produc nu numai organe inadaptabile şi dăunătoare societăţii, ci produc şi cataclisme, care degradează şi distrug de aşa fel viaţa socială, încât pot trece decenii după decenii şi secole, după secole, fără să-şi mai poată găsi aşezare în rosturile ei. Exemple avem nenumărate în istoria omenirii şi cele mai concrete sunt acestea, pe care le trăim. Criza de profundă desorientare economico-socială, politică şi sufletească, provocată de primul război mondial era departe de a fi fost soluţionată, când s'a produs al doilea cataclism. Ce va eşi din această catastrofă e greu de prevăzut. Foarte probabil, că o altă viaţă socială, cu o altă rânduială, care poate nici nu va mai avea puncte de asemănare cu aşezările zilelor noastre, va înlocui întocmirile atât de nestabile de astăzi. Intrebarea ce aşteaptă un răspuns este, dacă noua formă de viaţă, socială se va integra în eternele legi ale biologiei, pentru ca să se poată desvolta pe calea unui progres real şi nu amăgitor ca până acuma, sau va continua să săvârşească atentate peste atentate asupra condiţiunilor vieţii adevărate? In cazul acesta din urmă, după cum spune biologistul Charles Nicolle, natura va răspunde acestor atentate prin condamnarea speciei şi nu a vieţii, căci viaţa va continua sub alte forme. Digresiunea aceasta am crezut-o necesară, pentru că între aceste două măceluri îngrozitoare din scurgerea celor două decenii, în viaţa socială mai a tuturor naţiunilor s'au inventat organe şi s'au făcut întocmiri, care n'au corespuns necesităţilor vieţii şi care mai mult au încurcat decât au îndrumat omenirea pe adevăratele căi, în cadrul cărora ar fi putut, să-şi găsească o desvoltare şi consolidare binefăcătoare.

In acest interval de timp omenirea a trăit într'un continuu neastâmpăr într'o neîntreruptă ameţeală, produsă de toate inveţiunile bune şi rele ce s'au înfăptuit între aceste două războaie. O minunată şi sugestivă caracterizare a timpului pe care-l trăim o face distinsul profesor al facultăţii de medicină din Iaşi, d-rul Gr. T. Popa, care în studiiul său *Focul sacru al ştiinţei (I. Cantacuzino)* spune următoarele:

«Viteza a ajuns împărăteasa lumii şi superficialitatea e tovarăşa ei nedespărţită. Gândim repede, ne schimbăm repede. Atingem lucrurile în treacăt şi vibrăm necomplect. De aici iese netemeinicia sufletească şi sceptismul prea deselor schimbări de aspecte. Nu ne lipim de nimic şi nu întrevedem nimic; nădăjduim, că viaţa se va pierde odată cu noi şi nu deschidem sufletului orizonturi».

Şi este perfect exact, pentrucă nimeni nu poate tăgădui, că din primul războiu mondial omenirea n'a ieşit cu un anumit fel de a fi, cu un anumit fel de a gândi şi a se manifesta, care diferă profund de acel antibelic. La noi în special, unde gradul de civilizaţie e mult superior gradului de cultură, manifestaţiunile acestea postbelice s'au evidenţiat, poate, şi mai mult decât în alte părţi cu mai înrădăcinate tradiţii şi cu o cultură, care a mers paralel cu gradul de civilizaţie.

Dealtfel cine n'a auzit şi nu aude şi azi, că generaţia aceasta postbelică nu pierde nici un prilej, ca să nu-şi exprime dorinţa de a trăi, şi prin a trăi înţelege o neîntreruptă viaţă de plăceri fizice. Şi pentru ca să poată trăi această viaţă, recurge la tot felul de expediente, căci munca intensivă, productivă şi recreatoare îi repugnă. In goana aceasta nebună după situaţii, aproape nimeni nu se mai gândeşte, dacă va putea răspunde sau nu situaţiei, după care aleargă. Fiecare aproape se consideră bun la orice şi pentru orice, numai să-i renteze. Această lipsă de autocritică şi de scrupule a contribuit enorm de

mult la scăderea nivelului mai tuturor situaţiilor sociale, căci cei care au alergat după ele, n'au putut să fie la înălţimea obligaţiunilor şi de aici scăderi după scăderi.

Din această întrecere după situaţii a luat naştere şi Ministerul Sănătăţii. Desigur, că pentru marea majoritate a medicilor originea acestui organ de neoformaţie e necunoscută şi eu cred, că e bine, că e chiar necesar, să se ştie, că el nu e produsul unei necesităţi ineluctabile, că nu condţiunile de viaţă, de desvoltare şi de prosperarea apărării sănătăţii publice, i-au reclamat fiinţa lui, ci alte considerente cu totul străine de menirea, ce ar fi trebuit s'o aibă.

In creaţia lui nu s'a ţinut seamă de legile biologice şi credinţa mea este, că din această cauză, acest organ nu s'a putut situa în structura vieţii noastre medico-sociale şi că soarta lui va fi acea a tuturor organelor inadaptabile, cu forme şi aspecte de provizorat, căci iată originea lui:

In aranjamentele politice ale anului 1922 unui distins şi marcant membru al vieţii politice de pe vremuri, i-a revenit un portofoliu de straponţină. Pentru ca să-i dea o mai mare însemnătate Ministrul Muncii, într'un consiliu de miniştri a propus şi i s'a aprobat ca direcţia generală a serviciului sanitar, care făcea parte din structura Ministerului de interne ca direcţia technică şi cu o lege specială a ei, să fie trecută dela Ministerul de Interne la Ministerul Muncii.

Direcţia generală a serviciului sanitar ca organ technic, după cum am amintit, funcţiona cu destulă independenţă în baza legiuirilor ei. Era ca şi un subsecretariat de stat şi făcea parte din structura ministerului de interne, pentru că serviciile sanitare exterioare ar fi trebuit întotdeauna să lucreze cu organele administrative într'o perfectă armonie şi pentru că până la 1907 judeţele şi oraşele salarizau personalul medical şi personalul sanitar inferior şi pentru că şi oraşele şi judeţele îşi aveau spitalele lor, pe care le administrau. Prin urmare situaţia Direcţiei Generale în structura Ministerului de Interne era pe deplin justificată, după cum tot aşa de justificată era situaţia Direcţiei Generale a C. F. R. în structura Ministerului de comunicaţii, aşa cum a rămas până astăzi. Erau pe vremuri patru direcţii generale technice, de o mare amploare, care se conduceau după legile lor speciale şi care făceau parte din structura anumitor departamente numai pentru a fi mai mult sprijinite în colaborarea lor cu alte organe. Primul ministru lipsia din ţară şi Ministrul de interne ar fi putut avea puternice argumente, ca să împiedice această nejustificată şi capriţioasă trecere a unui serviciu technic aşa de important la un departament, unde nu-şi avea nici un rost şi în structura căruia nu s'a încadrat nici o clipă. Dar aşa erau vremurile şi nu insist mai mult asupra cauzelor şi a oamenilor. In noua sa situaţie, Direcţia generală a serviciului sanitar, păstrându-şi toată independenţa ei şi continuând a funcţiona pe baza legiuirilor ei, a avut, ce e drept o perioadă de înviorare, căci în toate atribuţiunile ei, în toate manifestările şi a grelelor împrejurări, cu care trebuia să lupte, a fost sprijinită cu toată căldura sufletului lui de acel distins bărbat de stat, care a fost Georgel Mârzescu.

Georgel Mârzescu nu putea uita marile reforme ale profesorilor Cantacuzino şi Sion şi din tot sufletul lui generos, doria să reînvie acea epocă. Sunt încă în viaţă câţiva medici distinşi, care au luat parte la toate conciliabulele sanitare din vremea aceea, căci Georgel Mârzescu, cu toată inteligenţa lui sclipitoare, cu toată experienţa lui în afacerile de stat îşi dădea seama, că la alcătuirea unui proiect de lege sanitară, trebue să colaboreze medici cu o lungă experienţă şi cu un bogat casier în bune realizări pe terenul apărării sănătăţii publice. Călăuzit de aceste principii el şi-a ales colaboratorii, cărora li-a dat sarcina de a studia şi de a schiţa normele de căpetenie ale anteproiectului de lege, care avea menirea, de a găsi modalităţi de colaborare cu celelalte organe din Ministerul muncii şi cu administraţia judeţelor şi comunelor în ceeace priveşte serviciile exterioare. La locuinţa profesorului D. Danielopol ne întruneam aproape în fiecare seară timp de vreo două luni, până ce am stabilit principiile călăuzitoare ale noului proect de lege şi nu de puţine ori am mers cu profesorul Danielopol la profesorul Cantacuzino, ca să-i cerem bunele lui sfaturi. Ore întregi discutam cu profesorul Cantacuzino normele, ce trebuiau date medicinei preventive, şi modalităţile, după care urmau să se selecţioneze medicii şi situaţia ce urma s'o aibă toate instituţiile de asistenţă medicală în noua alcătuire. Nestearsă a rămas pentru mine amintirea acelor timpuri de muncă constructivă şi neobosită participare la buna îndrumare a tot ceeace privea apărarea sănătăţii poporului nostru a profesorilor Cantacuzino, Danielopol, M. Ciucă, S. Nicolau, Gh. Zota, A. Slătineanu, Babeş şi Mezincescu şi a altor distinşi medici din serviciile exterioare. Principiile anteproectului de lege odată stabilite au trecut în discuţia unei comisii mai largi, la care participau şi exponenţi politici. Viitoarea lege pasiona opinia publică medicală, după cum pasiona pe vremuri legea profesorilor Cantacuzino şi Sion. Soarta ei a fost însă mai tristă, căci a rămas ca anteproect în cartoane.

Din punct de vedere sanitar a intervenit o nefastă remaniere ministerială. Titularul de la Ministerul muncii a trecut la justiţie şi cum faţă de numărul portofoliilor, erau, ca întotdeauna, mai mulţi amatori, primul ministru se simţea oarecum stingherit în calculele lui politice, căci ţinea, să satifacă două persoane. Pentru una se găsise un departament, pentru a doua însă nu, şi fiecare din aceste două persoane spunea, că dacă intră în guvern cutare trebuie să intru şi eu, sau să fim amândoi lăsaţi pe din afară. Primul ministru ţinând cu orice preţ, să-i introducă pe amândoi în guvern, căuta o soluţie. Soluţia, i-a găsit-o George Mârzescu, care a avut nenorocita inspiraţie, să-i spună lui Ionel Brătianu, că tot stăruiesc medicii, să aibă un minister al lor şi că ar putea Ministerul Muncii să rămână cum a fost, iar direcţia generală a serviciului sanitar să fie transformată în minister. Bineînţeles, că primul ministru fără să se gândească prea mult, a primit această soluţie, care-i uşura situaţia politică.

S'a opus însă chibzuitul vistiernic de pe vremuri, care a declarat, că nu poate suporta cheltuelile cu înfiinţarea unui nou departament, căci el credea, că e vorba de o creaţie serioasă şi nu de o satisfacţie politică. Spunându-i-se că noua titulatură nu e pretenţioasă, deoarece nu reclamă decât salariul unui secretar general, Ministrul de finanţe a cedat şi ministerul sănătăţii a luat fiinţă în aceste condiţiuni de o superficialitate neiertată. Ce a urmat câtva timp după aceasta, a fost o jale, pentru că Direcţia generală a continuat să funcţioneze după dispoziţiunile ei legale. Mă opresc. Nu voesc să descriu urmările înfiinţării fără de nici un rost al unui organ cu un nume aşa de sugestiv. Acest păcat iniţial însă nu a rămas fără dureroase urmări pentru Serviciul Sanitar. Bineînţeles, că de tot ceeace se făcuse şi mai ales de ceeace se proiectase nu s'a maai ţinut seama. Alţi exponenţi cu alte concepţii sau mai bine zis fără orientări. De fapt marele păcat în conducerea şi îndrumarea treburilor sanitare a fost complecta lipsă de continuitate. Un program de înfăptuiri de lungă durată n'a existat şi fiecare

ministru a ţinut să creieze, ca să se imortalizeze şi nici unul nu s'a străduit să consolideze, ceeace exista şi de aici multele dezorientări cu consecinţe desavantajoase pentru serviciile sanitare. Dar din afirmaţia făcută în consiliul de miniştri, cum că medicii ţin neapărat, să aibă departamentul lor, era şi o licărire de adevăr. In România întregită se agitau câţiva medici şi cereau şi insistau, ca să se înfiinţeze un departament al sănătăţii, susţinând că ar fi necesar în noua structură a vieţii noastre de Stat. Unii din aceşti medici erau de bună credinţă; alţii însă cu un lux de argumente cereau înfiinţarea noului departament pro cauza.

Şi par'că a fost un făcut. Nici unul din aceştia n'a putut fi excelenţă, cu toate că mult s'au străduit. Au rămas cu un of neîmplinit. Adversari hotărâţi ai înfiinţării unui Minister în locul direcţiei generale sanitare erau toţi aceia, care cunoşteau cu temeinicie problemele sanitare şi îndrumările ce trebuesc date tuturor întocmirilor medico-sociale, pentru vindecarea prea multor rele, care bântuiau neamul nostru. Profesorul Sion a scris o broşură cu argumente aşa de puternice, încât orice medic de bună credinţă, după cetirea acelei broşuri, trebuia să devină adversarul noului organ dorit de unii atât de mult. Profesorul Sion spunea:

«Firesc ar fi pentru marea majoritate, ca eu să susţin înfiinţarea unui minister al Sănătăţii, căci prin situaţia ce am avut-o în serviciul sanitar al ţării, aş putea nădăjdui, ca la un moment dat, să ajung în fruntea acelui departament.

«Cum însă pentru mine problemele sanitare sunt mai presus de vanităţile omeneşti şi cum eu consider un minister al sănătăţii drept piedică în bunul mers al măsurilor pentru ocrotirea sănătăţii publice, sunt şi rămân adversar hotărât al acestui organ».

Cum în felul acesta şi-a justificat profesorul Sion atitudinea sa şi pe urmă a adus în sprijinul tezii sale o serie de argumente, unele mai temeinice decât altele. De aceiaşi părere era profesorul Cantacuzino, profesorul Danielopol, profesorul Ciucă şi alţi distinţi exponenţi ai vieţii noastre medicale.

Cam în felul acesta şi-a justificat rali, cum era d-rul Laugier, d-rul Flor, d-rul Spiru, d-rul P. Cazacu şi o serie de eminenţi medici din serviciile exterioare priviau cu îngrijorare dispariţia direcţiei generale sanitare, căci nici unul din aceştia nu putea uita epoca ei de glorie dintre anii 1907—1911.

Şi apoi Direcţia Generală era considerată mai de toţi medicii drept organ technic, care le aparţinea şi în care imixtiunile străine nu prea aveau ce căuta şi nici nu prea erau bine primite.

Dar după cum am spus, împrejurări şi considerente cu totului tot străine de treburile sanitare au favorizat apariţia unui organ cu un titlu pompos şi care, — după părerea mea — nu s'a putut integra nici până astăzi în structura vieţii noastre medico-sociale. Dovada o fac peregrinările, prin care a trecut, şi denumirile variate ce i s'au dat. Şi dovada e şi mai concludentă, când constatăm, că nu a putut domina împrejurările şi n'a fost în stare să stăpânească situaţiile, căcii, dacă în matere de tuberculoză şi pelagră trebue să intervină şi alţi factori pentru a obţine îndreptări, apoi în combaterea tifosului exantematic, a malariei şi a sifilisului nu trebue să intervină decât o muncă pricepută şi ordonată, pentru ca să se isprăvească odată cu aceste păcate, care nu ne fac cinste. Dintr'un sumar examen al bugetului Ministerului Sănătăţii se poate constata, că mijloacele materiale nu i-au fost precupeţite la întocmirea bugetului şi cu toate acestea spitalele au trăit şi trăesc în cea mai neagră mizerie şi din medicina preventivă s'a făcut uneori chiar o parodie cu anumite măsuri costisitoare, nefolositoare şi amăgitoare.

Dar la urma urmelor greşeli se pot face, căci aşa a lăsat Dumnezeu pe om, să fie supus greşelilor. Greşeli, după cum am mai amintit, a făcut şi natura, căci în natură s'au creiat organe şi organisme chiar, care s'au abătut de la legile vieţii. Aceste organe însă au dispărut repede, căci nu s'au putut adapta vieţii. De ce ar continua unii diriguitori responsabili să meargă pe calea greşelilor şi de ce nu s'ar strădui, să facă recapitularea unei întregi situaţii, ca să se poată trage concluzii şi orientări adevărate?

Dintr'o recapitulare de situaţii, făcută cu cea mai desăvârşită bună credinţă, ar reesi până la evidenţă, că acest organ de neoformaţie nici până astăzi nu s'a putut situa în structura vieţii medico-sociale, căci roadele ce li-a dat sunt invers proporţionale cu sacrificiile materale făcute de contribuabili. S'ar mai putea constata, că în conducerea acestui departament au fost mai mult desorientări decât orientări, pentru că un program bine studiat de înfăptuiri, pentru o lungă perioadă de timp, n'a existat şi din cauza aceasta a lipsit continuitatea şi nu de puţine ori directivele s'au bătut cap în cap. Şi poate că în nici o direcţie un program de realizări, bine studiat, nu ar fi mai necesar ca aici, căci sunt atâtea şi atâtea probleme, care-şi aşteaptă şi acuma o justă deslegare.

După părerea mea primul punct din acel vast program de realizări ar trebui să fie consolidarea a ceea ce avem. E un principiu elementar, aplicabil problemelor mici şi mari, de a nu face nici un pas înainte, fără a fi consolidat ceea ce există. Spitalele noastre aşteaptă de mult, ca să le vină rândul.

Odată puse la punct locul lor nu mai este la Minister. Ministerul — dacă cu orice chip se ţine la acest titlu — ar trebui să rămână un organ technic, un organ de studii, de îndrumări şi de control, a cărui menire ar urma să fie apărarea sănătăţii maselor atât de mult bântuite şi acuma de plăgile cele mai primejdioase.

Evident că, această mare problemă nu poate fi nici disecată şi nici discutată într'un articol de revistă. Dar după cum am mai spus, material pentru noi orientări e destul. Bunăvoinţa şi poate şi priceperea a lipsit uneori în trecut.

Concomitent cu aceasta, organizarea serviciului sanitar rural şi instaurarea medicinei preventive la locul de cinste este o datorie naţională. E marea problemă, care dacă se mai amână, poate avea urmări catastrofale într'un viitor nu prea îndepărtat.

Dar câte n'ar trebui făcute şi desfăcute într'un organism, care are o înfăţişare aşa de curioasă şi în care nu s'a smucit cu rost şi cu bună rânduială, căci de când s'a ridicat în rang, nu numai că nu s'a studiat şi nu s'a aprofundat nici una din marile probleme, care interesează vigoarea şi viaţa neamului nostru, dar nu se găsesc nici date exacte şi suficiente pentru cei care ar dori să se orienteze.

In vremea existenţii Direcţiei generale a Serviciului Sanitar se studiau toate problemele care interesau viaţa sanitară a ţării. Rapoartele fostului director general, ale profesorului Felix şi astăzi sunt documente ştiinţifice de o însemnată valoare. Darea de seamă asupra igienii publice a altui director general, a prof. Obregia, complectează opera doctorului Felix. Lucrările ştiinţifice publicate sub marea direcţie a profesorilor Cantacuzino şi Sion sunt cunoscute şi azi. Dar nu era medic de judeţ şi de oraş, care să nu publice şi să nu-şi tipărească dările de seamă anuale privitoare la tot ceea ce se petrecea sub raportul sanitar în serviciul pe care-l conducea. Şi acest sistem a continuat şi după războiu. Sub conducerea profesorului Cantacuzino şi cu neobosita colaborare a acelui distins cunoscător al problemelor sanitare, care a fost d-rul A. Kaminschi, am publicat pe lângă altele o interesantă lucrare cu prilejul sărbătoririi centenariului lui Pasteur la ex-

poziția de igienă internațională de la Strassburg și care poartă titlu: *Exposé général de l'état sanitaire de la Roumanie.*

Această lucrare interesantă împreună cu organizarea unui pavilion făcut sub conducerea profesorului M. Ciucă a făcut cinste țării noastre în străinătate și toate acestea au fost realizate cu mijloace materiale destul de modeste.

Materialul sanitar se aduna, se comenta, se interpreta și se publica și la toate aceste lucrări participau cei mai aleși și mai bine pregătiți medici din serviciile exterioare. Era o emulație și un dor de muncă, care făcea cinste corpului medical. Dar toate aceste bune obiceiuri cu tradiția aceia, care se perpetua din generație în generație, pare că au intrat în pământ, odată cu noua haină, în care a fost îmbrăcată conducerea serviciului sanitar. E un fenomen pe cât de curios pe atât de adevărat.

In rarele convorbiri pe cari le-am avut cu confrați de ai timpului meu am discutat și trecerea profesorului Cantacuzino pe la acest departament și poate că unii se întreabă și azi de ce acea proeminentă personalitate a corpului medical, care pe unde a trecut a lăsat înfăptuiri demne de toată admirația, n'a putut să-i găsească un loc de onoare noului organ în viața medico-socială a țării noastre?

Dacă s'ar pune această legitimă întrebare, ea n'ar putea rămâne fără răspuns, cu toate că înaltele calități ale aceluia, care a fost profesorul Cantacuzino, n'ar putea fi micșorate, chiar când întrebarea de mai sus ar rămâne fără răspuns.

Profesorul I. Cantacuzino a fost o glorie a neamului nostru și nu numai pe terenul științific. Eu nu mă voi încumete să disec sufletul acestui om și nici nu voi încerca să analizez operele, pe care le-a săvârșit. Aceasta a făcut-o eruditul profesor al facultății de medicină din Iași, d-rul G. T. Popa.

Eu n'am cetit până azi o mai desăvârșită analiză a vieții unui om, ca acea, pe care profesorul Gr. T. Popa a făcut-o lui I. Cantacuzino în *«Focul sacru al Științei»*.

Cu drept cuvânt, susține profesorul Gr. T. Popa că și condițiile, ca și mediul în care se lucrează trebue să fie prielnic, pentru ca operile să fie la înălțimea celui ce le creiază. Bine înțeles că e vorba de mediul social, de condiții și de om și profesorul Gr. T. Popa dă un exemplu foarte sugestiv spre a demonstra aceasta. Dânsul spune: Cele mai minunate condiții realizate, nu pot scoate dintr'un ou de broască o găină; dar pe de altă parte nici oul de broască nu se poate desvolta dacă condițiunile nu-i sunt prielnice.

Profesorul Cantacuzino în calitate de ministru al muncii, al sănătății și al ocrotirilor sociale n'a avut nici colaboratori și n'a avut nici un mediu prielnic ca în alte împrejurări. Și el cu firea lui aleasă nu putea concepe mistificarea și reaua credință a oamenilor. Condițiile în care era pus în noua situație-i erau mai mult de cât neprielnice și în acest mediu el sufletește a fost un chinuit. El a primit această demnitate, pentru că n'a putut-o refuza. Demagogia vremii i-a produs multe dureri sufletești. Nu voi insista prea mult asupra celor ce s'a petrecut în vremea aceea de tristă amintire. Dealtfel nici profesorul Cantacuzino și nici predecesorii săi n'au stat mult la conducerea departamentului. Schimbările acestea prea dese nu pot fi decât dăunătoare serviciilor publice și mai ales serviciului sanitar, pentru că cu aceste necontenite primeniri se irosește multă muncă și se risipesc multe parale fără folos.

Dar cum spuneam o revizuire a întregului trecut e necesară, pentru că numai așa se pot trage învățăminte pentru viitor și în viitor organul central al serviciului sanitar, — ori care i-ar fi denumirea lui, căci titlu nu are nici o însemnătate,—n'ar trebui să fie decât un organ de studiat și aprofundat multele probleme, care sunt menite să apere sănătatea și vigoarea neamului nostru și celelalte cari stau în strânsă legătură cu acestea. Menirea lui ar mai fi să dea îndrumări conforme cu realtățile și cu cerințele științii moderne și în același timp să aibă organe technice de control, căci actualele organe de control sunt inexistente, pentru că nu sunt pregătite. Activitatea instiiuțiilor de specialitate nu poate fi controlată și apreciată decât de medici specialiști cu o reputație bine stabilită.

La conducerea departamentului sănătății se află acuma un distins medic, care a cunoscut nevoile neamului nostru și care s'a ridicat numai prin muncă continuă și neobosită. Se așteaptă mult de la dânsul. Intrebarea legitimă ce se pune este: Avea-va oare răgazul necesar, ca să studieze și să aprofundeze întreeaga dramă, ce se desfășoară de prea mult timp în viața maselor poporului nostru, pentru ca în plină cunoștință de cauză să-și dea seamă de șubrezenia organizării serviciilor, care chipurile, ar avea menirea să apere sănătatea neamului nostru? Și dacă da, putea-va oare să-și găsească colaboratori cu ajutorul cărora să reînsufletească corpul medical al țăriii de așa fel, ca să-l secundeze în înfăptuirea unei mari reforme sanitare? Și ști-va oare să-și creieze și prielnice condițiuni, ca să poată fi înțeles și sprijinit și de alți factori sociali?

Iată atâtea întrebări cărora le va răspunde vremea.

BIBLIOGRAFII

Origines de la Biologie. Hippocrate : de Prof. Dr. A. Dobrovici 1939.

Autorul cercetează întreaga operă hippocratică în care descoperă cele dintâi noțiuni de biologie. Intr'un spirit care se aplică să desprindă ceea ce este permanent în această operă, el constată că principalele probleme biologice actuale au fost abordate de Hippocrat. Dacă Hippocrat a meditat mult asupra medicinii, spiritul său era însă preocupat și de probleme mai generale care eșeau vădit din cadrul practicii medicale și îmbrățișau chestiuni de un ordin mai înalt. El poate fi socotit ca părintele biologiei.

Teoria humorală care explică conservarea mediului intern al organismului a fost reluată și întinerită de cercetările moderne, în special ale lui Widal și școalei sale. Am putea zice că astăzi, grație progreselor bio-chimiei, medicina a devenit humorală și toate descoperirile se fac sub semnul hippocratic.

Principiile hippocratice indică fiziologiei o cale sintetică. Fiziologia noastră este încă o fiziologie prea de laborator, fiziologia animală. Ea trebue să considere omul total în complexul său psicho-fiziologic, separația între corp și spirit fiind contrară concepției hippocratice.

Boala este privită ca un fenomen biologic care trebue studiat de la început până la sfârșit. Hippocrat cunoștea faza pre-clinică, humorală, inaparentă a multor boli pentru cari faza clinică nu este decât o fază terminală. Această fază pre-clinică, latentă «de așteptare» este astăzi cercetată prin metode și tehnice riguroase biologice.

Constituția care face astăzi obiectul atâtor cercetări este o veche construcție hippocratică. Hippocrat cere cunoașterea sintetică a individului din punct de vedere morfologic, fizic și psihic. Acest studiu formează obiectul științei noi biotypologia, care nu este decât o întoarcere la tradiția hippocratică.

Influențele cosmice care constituesc punctul culminant al etiologiei hippocratice se găsesc la baza cosmobiologiei moderne și a meteoro-patologiei. Știința revine la aceste studii și recunoaște strânsa legătură între fenomenele cosmice și fenomenele biologice ce se petrec pe pământ.

Generația, ereditatea și mai ales determinarea sexului care fac astăzi obiectul atâtor cercetări, au preocupat de asemenea pe medicii hippocratici.

In fine mai găsim în Hippocrat primele încercări de studii antropologice, precum și problema raselor, problemă dezbătută cu atâta pasiune de autorii moderni.

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :
Fiole a 1 cmc. conţinând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conţinând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI 67 TEL. 4.98.08

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. — **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel — Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum — Angină strepto-difterică — Pleurezie purulentă.

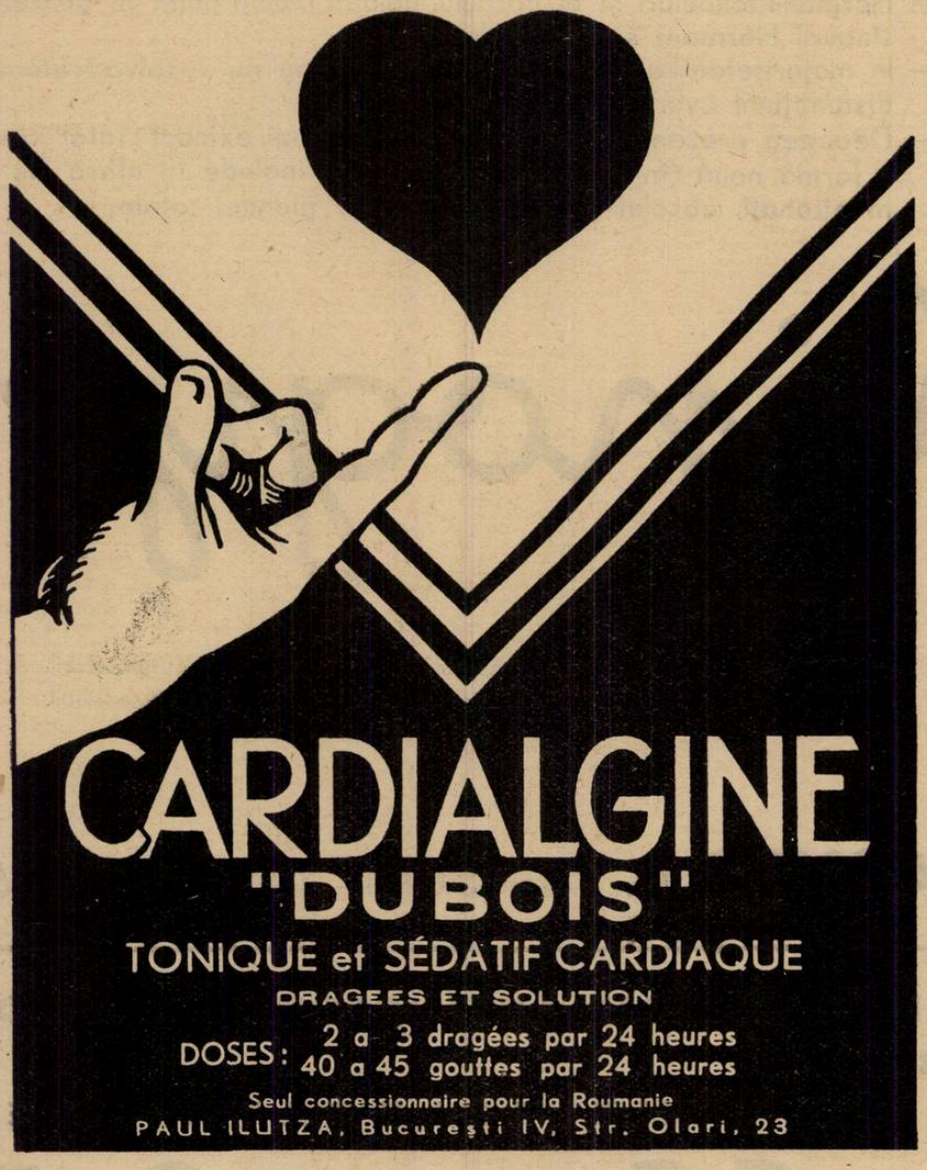
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie Colibaciloză — Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 — 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 — 12 ani:	3 — 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 — 5 ani:	1 — 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 — 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**



COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Domnii Medici găsesc la dispoziţia D-lor, mostre gratuite la cerere.

PIERRE MARIE

de Prof. Dr. ION T. NICULESCU

Cu emoţiune şi tristeţe aflăm că Profesorul *Pierre Marie* a murit la 12 Aprilie 1940. Acei dintre noi cari au avut norocul de a trăi în ambianţa dela Salpêtrière a şcoalei Profesorului *Pierre Marie*, ne aducem aminte cu recunoştinţă de tot ce datorim acestui Maestru şi mare om.

Încărcat de glorie şi de ani, *Pierre Marie* s'a retras în sudul Franţei unde şi-a trăit partea ultimă a vieţii.

Pierre Marie spirit cu calităţi sufleteşti de mare puritate franceză şi observator de geniu, a scos din haos atâtea entităţi anatomo-clinice: *acromegalia, osteo-artropatia hipertrofiantă pneumică, spondiloza rizomielică, amiotrofia Charcot-Marie, heredo-ataxia cerebeloasă, patologia nervoasă a senilităţii.*

Poziţiunea cu totul originală luată de *Pierre Marie* în faţa problemei afaziei, este legată desigur de aceeaşi nevoe de obiectivitate în priceperea fenomenelor naturei, sprijinită numai pe faptul bine observat şi interpretat imparţial.

Exteriorizarea în scris a ideilor lui *Pierre Marie* era luminoasă; paginile sale sunt demne de antologia medicală.

Ce să se mai spună de spiritul său polemic, care era plin de curtoazie, însă tăios ca o lamă prin ironia fină şi fără posibilitate de replică.

Figura lui *Pierre Marie* e aceea a unui clinician de geniu, posesor al unei culturi generale complexe şi uimitoare. Spiritul său de observator păstra din cultura lui de fost profesor de anatomie patologică, acea ascuţime pentru înţelegerea fenomenelor biologice pe care o incită studiile microscopice. Totuşi, el nu reţinea din marea massă de date anatomice decât esenţialul necesar pentru pătrunderea spiritului său de clinician.

El selecta cu un simţ clinic devinator fapte cărora le aducea sprijinul culturei sale de anatomist, fără însă ca anatomia să-l acapareze.

Ce să spunem de acele intuiţiuni admirabile pe care le-a avut cu 20 ani înainte de epocalitate în înţelegerea fiziologiei nucleului lenticular, ca şi în aceia a importanţei infecţiunilor pentru patologia sistemului nervos?

Cine citeşte cu obiectivitate întreaga operă a lui *Pierre Marie*, nu poate să nu admire măreţia acestui spirit în observaţiune, interpretare şi claritate.

Felul său de a examina bolnavii avea un interes deosebit. In realitate, bolnavii erau examinaţi de internii sau asistenţii săi în prezenţa-i, iar el privea. Din când în când o indicaţie pentru un simptom sau altul. Totul natural, spontan, cu simplicitate. Când toată lumea se încurca în labirintul detaliilor, câteva fapte fundamentale sintetizate de maestru, lega totul, şi diagnosticul apărea simplu, luminos.

La acest om, cultura medicală generală era impresionantă, cât despre gândirea sa, ea avea ceva fascinant.

Desigur *Pierre Marie* rămâne una dintre figurile cele mai măreţe ale medicinei. Opera sa a fost reunită în ce are esenţial în două volume acum câţi-va ani. Oricine ar dori să se apropie şi să înţeleagă o parte din activitatea acestui om rar, va găsi acolo pilde atât pentru cugetarea medicală cât şi pentru puritatea exteriorizării.

Opera neurologică a lui *Pierre Marie* apare mereu actuală. Timpul nu are putere s'o învechească. Ca toate creaţiunile cu adevărat originale, ea va aduce amintirea acestei minunate minţi omeneşti generaţiunilor de neurologişti ai tuturor vremurilor.

Vom aminti numai câteva date culese din lucrările lui *Pierre Marie:*

Pierre Marie a arătat că la afazici există o diminuare foarte însemnată a capacităţii intelectuale în general. In afazie inteligenţa e diminuată. Deficitul intelectual interesează stocul lucrurilor învăţate prin procedee didactice.

Afazia este una.

Anartria nu este o afazie. Anartria nu aparţie exclusiv hemisferului cerebral stâng şi poate fi observată deasemenea , când leziunea e situată în hemisferul drept la nivelul zonei nucleului lenticular.

Afazia lui Broca, este o afazie complicată de anartrie.

Pierre Marie, atribue direct leziunei însăşi a zonei lui Wernicke, concepută ca centru intelectual, deficitul constatat în inteligenţa afazicilor. Turburările de limbaj astfel determinate la ei sunt datorite unei turburări de *elaborare intelectuală* şi nu cum credeau clasicii unei turburări de *recepţie senzorială.*

Afazia este prin excelenţă o turburare a asociaţiunilor psichice şi a fenomenelor memoriei. Cât despre afaziile numite sub-corticale, *Pierre Marie* susţine că nici afazia lui *Broca*, nici afazia lui *Wernicke* nu sunt afazii pur corticale, căci leziunea interesează întotdeauna şi câteodată foarte întins substanţa albă sub-jacentă cortexului.

Centrul lui *Wernicke* al clasicilor este în chip global o regiune cerebrală intelectuală, nu numai un centru senzorial. Orice leziune a regiunei lui *Wernicke* va avea drept rezultat prin alterarea funcţiunilor acestuia nu un *deficit senzorial*, ci un deficit intelectual.

In ce priveşte afaziile legate de patologia vasculară din punct de vedere clinic, se poate spune că bolnavii fac mai mult afazia de distribuţiune a arterelor lor decât aceea a topografiei circonvoluţiunilor cerebrale.

După *Pierre Marie*, în creerul omenesc nu există centri înăscuţi nici pentru limbajul vorbit, nici pentru limbajul scris.

Cum să se admită că dacă ar exista un centru înăscut al vorbirei, acest centru să fie lipsit de o cale anatomică de execuţiune? In adevăr, circonvoluţiile motrice, cari sunt centri înăscuţi au calea lor de execuţie: fascicolul piramidal. Pentru ce dacă vorbirea ar avea un centru înăscut să fie ea lipsită de o astfel de cale?

Centrii înăscuţi pe care-i cunoaştem sunt întotdeauna bilaterali şi net simetrici. Aşa dar, *zona afaziei nu constitue un centru preformat, ci numai un centru adaptat.*

Această idee a fost amplificată mai târziu de un elev al lui *Pierre Marie*, de *Charles Foix*, care susţinea şi dânsul că nu este demonstrat faptul, că regiunea temporo-parietală ar fi consacrată exclusiv limbajului. El spunea că facultăţile psichice sunt abstracţiuni ale gândirei omeneşti, pe care natura nu le cunoaşte.

Foix credea că este mai în concordanţă cu ce ştim despre localizările cerebrale, de a gândi, că ceeace este localizat nu-i limbajul propriu zis, ci diversele sale elemente şi că afaziile sunt sindroame rezultând din atingerea simultană a unuia sau a mai multor mecanisme elementare utilizate de limbaj.

Vom aminti din cercetările lui *Pierre Marie*, pe acelea privitoare la ideile sale asupra infecţiunilor nevraxiale relativ la scleroza în plăci, la o epocă când foarte puţini cercetători au înţeles această intuiţie.

Sclerozele multiloculare nu sunt după concepţiunile sale decât localizarea me-

dulo-encefalică a determinării vasculare a boalelor generale diverse, cari par să fie constant de natură infecţioasă.

In ceeace priveşte epilepsiile *Pierre Marie* a arătat că printre cauzele cari pot să le producă, infecţiunile sunt pe primul plan.

Epilepsia nefiind decât un sindrom legat de alteraţiuni organice ale centrilor nervoşi, n'ar putea să fie considerată ca o maladie transmisibilă direct sau indirect. «La cause de l'épilepsie est toujours extérieure au malade et postérierurae sa conception».

Cu moartea lui *Pierre Marie* se stinge pleiada celor trei mari personalităţi: *Dejerine, Babinski, Pierre Marie,* cari au adus Neurologiei franceze o strălucire neîntrecută.

PERICOLUL SOCIAL CE REPREZINTA COLORANŢII ALIMENTARI

Constitue unele alimente şi medicamente colorate un risc de cancer?

de **Dr. E. C. CRĂCIUN**

Cu ocazia Reuniunii de Cancer dela Liège din Iunie 1939, a fost adusă în desbatere de către Profesorul *R. Reding,* cunoscutul cancerolog belgian, o chestiune care a provocat o legitimă emoţiune: sunt coloranţii usitaţi în industria alimentară şi farmaceutică capabili să provoace ori să stimuleze apariţia cancerului?

Intr'adevăr, progresele industriei coloranţilor nu sunt fără pericol, căci se ia ca punct de plecare gudronul, a cărui putere cancerigenă este cunoscută la om dela *Percival Pott* (1775), iar la animale de laborator dela *Yamagiwa* şi *Itchikava* (1914).

Din acest punct de vedere, în raportul ce a prezentat Reuniunii, *R. Reding* enumără tipurile de alimente pentru cari este legalmente permisă colorarea.

Este vorba de băuturi (limonade, esenţe sintetice, vinuri, etc.), făinoase, patiserii şi înghetate, bomboane, creme; de brânzeturi colorate în galben-portocaliu; unt şi margarină, conserve de peşte, maioneze şi sosuri conservate; salam şi cârnaţi. Pe lângă acestea mai sunt şi aplicările prin fraudă.

La această listă se mai pot adăuga unele farduri, paste şi pudre; rufe de corp; unele medicamente. Este evident că riscul absorbţiei unor apreciabile cantităţi de atari substanţe este inevitabil şi chiar constant sub o formă sau alta. Pericolul există mai ales pentru populaţia din regiunile industrializate. Ori coloranţii corespunzători provin mai totdeauna din gudron, şi doar excepţional au origină vegetală.

Este bine cunoscută puterea cancerigenă a multor coloranţi derivaţi din gudron ca: anilină, benzidina, carbazolul, dibenzcarbazolul, naftil-amina şi derivaţii săi, crisenul, roşul scarlat (Scharlach R.), galbenul de anilină, 2—3 azotoluenul, azobenzolul, acridina, benzofenolul şi derivaţii lor; p. fenilen-diamina, verdele lumină, eosina, chinonele. Nici un text de lege nu menţionează pericolul real ce reprezintă aceşti coloranţi, a căror putere cancerigenă a fost verificată experimental în ultimii ani.

Reding apreciază la circa 4 tone consumaţia anuală de coloranţi ingurgitaţi ca adaos la alimente sau ca droguri şi medicamente, pentru Belgia.

Profesorul *Dustin,* marele biolog din Bruxelles, a arătat, că procese celulare aşa de fundamentale ca mitozele, sunt influenţabile de coloranţi ca: rivanolul, tripaflavina, etc.

Examinând legislaţia belgiană, franceză, germană, *Reding* nu găseşte niciodată texte potrivite cu progresele şi extensiunea industriei coloranţilor. De altfel aceste texte au fost depăşite de cancerologia modernă. Foarte demonstrativ este cazul margarinei şi untului: doar în Danemarca era permisă colorarea lor numai cu principii vegetale. Incolo, Anglia, Elveţia, Olanda, Belgia, Franţa, Germania, admit coloranţi din seria anilinelor, sau chiar, ca în Austria şi Ceho-Slovacia, uzul lor era impus.

Pericolul social ce reprezintă aceşti coloranţi este evident.

Practic însă, condiţiile din laborator nu sunt din fericire realizate în viaţa de toate zilele, căci dozele cancerigene sunt simţitor mai ridicate decât cele realmente întrebuinţate în industrie. *Reding* calculează că ar trebui 28 ani unui om ca să ingereze, prin alimente, doza pro kilogram eficace, luată proporţional faţă de cea stabilită experimental. Termenul este însă mai scurt, în cazul medicamentelor cari pot fi luate masiv. Sensibilitatea la asemenea agenţi cancerigeni de asemeni este un factor pur individual. Nu trebue uitată însă acţiunea cancerigenă a unor medicamente, ca cele oestrogene, dacă doza este exagerată şi necompensată.

Ce *concluzie* poate fi trasă din aceste fapte? Chiar fără dovadă imediată a cancerizării la om prin atari coloranţi, *Reding* crede cu drept cuvânt că aceştia *pot eventual contribui la producerea cancerului.* Morbiditatea canceroasă este în continuă urcare şi trebue oricum evitată favorizarea ei.

Printre măsurile necesare, autorul preconizează prohibiţia legală a coloranţilor cancerigeni (experimental dovediţi ca atari, cu excepţia coloranţilor cancerigeni medicamentoşi); revizuirea testelor de toxicitate.

Trebue făcut apel şi la fabricanţi şi la public pentru a colabora efectiv. Autorităţile ar putea exclude, prin caetul de sarcini, alimentele conţinând coloranţi artificiali.

O alimentaţie mai puţin industrializată este sigur preferabilă.

Raportul *Reding* a fost viu discutat şi concluziile adoptate atât de către Comisia Internaţională a coloranţilor cât şi de plenul Reuniunii.

Problema coloranţilor alimentari şi medicamentoşi este astfel impusă atenţiei autorităţilor ce au în a lor sarcină sănătatea publică.

In Belgia, Ministerul Sănătăţii, prin Comisia Naţională de Cancer, a început să studieze de aproape problema. Această Comisie a decis recent: 1. să fie toleraţi provizoriu vre-o zece coloranţi, recomandând totuşi populaţiei să-i evite pe cât posibil. 2. Să fie preferaţi coloranţii vegetali. 3. Orice aliment artificial colorat fie cu extrase vegetale, fie cu derivaţi de anilină, va purta menţiunea evidentă: «colorat». 4. De acord cu Comisia Farmacologiei, trebuesc reglementaţi coloranţii terapeutici pe baza stabilirii testelor de toxicitate pentru durată lungă.

* * *

Este o problemă ce nu poate fi trecută cu vederea nicăieri, nici chiar în ţările cu alimentaţie în aparenţă relativ puţin industrializată, ca România. Nu trebue uitate în special băuturile colorate artificial, fie limonade, fie alcooluri, consumate destul de larg de către toată populaţia ţării. Nu trebuesc omise falşificările posibile, mai ales în vremurile prezente.

Rămâne de asemeni întreagă problema coloranţilor terapeutici.

Iar faptul că morbiditatea şi mortalitatea prin cancer ar fi mai slabe la noi ca aiurea, rămâne de dovedit în afară de influenţa factorilor posibili de eroare fie statistică fie medicală

Dacă la ţară, pericolul coloranţilor cancerigeni este reprezentat mai ales prin băuturile colorate, la oraşe pericolul sporeşte prin obiceiuri şi preferinţe. Mai precis, publicul preferă untul, sau margarina, având o culoare galbenă; la fel, pentru unele paste alimentare şi patiserii (cozonaci) etc., la care galbenul nu provine din ou, nici din şofran, ci din: galben de anilină, «galben de ou», naftil-anină, etc.

Autorităţile, medicii şi publicul trebue să colaboreze în acest sens.

CARBARGYRE

Antiseptic gastro-intestinal, absorbant, antitoxic antiinfecţios.

In fermentaţiuni, diaree, colibacilurie, sindrom entero-renal toxic şi infecţios.

DOZA: 1—3 cachete pe zi, înaintea meselor.

Laboratoires MARCEAU, A. GRIGAUT & A. BOUTROUX, Pharmacies, Paris XVI-e

ISOCOLYR

NEDURER OS

Colyr apos isotonic pe baza de zinc sulf., chlor. de tetramethylthionin, aqua hamamel., sol. adrenalina 1 $^{0}/_{00}$, etc.

In cazurile de hiperaemie, blefarita, conjuctivita, etc.

Prezentare: flacon — pipeta aseptică. **Doza:** 2—3 ori pe zi 2 picături în fiecare ochiu.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Exclusivitatea pentru România: **M. TATARSKY, Bucureşti I, Str. Sf. Apostoli, 21. Tel. 3.57.85.**

De 3 ori pe zi 1 comprimată

Gombardol

(amidă a acidului sulfanilic)

Indicat cu cele mai bune rezultate în

Cistite
Pielite
Erisipel

10 comprimate
20 comprimate

Eficace şi în cazul urinei alcaline!

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. m. b. H., MANNHEIM—WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

In turburări nervoase funcţionale şi organice

Neurastenie, Histerie, Insomnie

NEUPON

Dr. WANDER

Sirop şi drageuri

Regenerează ţesuturile nervoase şi calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos

---

Migrenă Dureri de cap Nevralgii

KARIL Dr. Wander

Tablete

Acţiune promptă

Nu conţine narcotice

Nu produce obişnuinţă şi efecte secundare neplăcute

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN

Dr. WANDER

Drageuri, Fiole injectabile, Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină.
Acţiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului, etc.

Uretrite Cistite Pielite Bacteriurie

Mostre şi literatură trimite la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

ȘTIINȚA MEDICINEI SOCIALE

Cu prilejul apariției lucrărei **D-lui Dr. Gh. Banu:**

„La Science de la Médecine Sociale".

de **Prof. Dr. P. TOMESCU**

Printre disciplinele medicale cari au avut, în ultimul timp, o mai strălucită desvoltare științifică și o mai largă aplicare practică, — *Medicina Socială* ocupă un loc de incontestabilă întâietate.

Pentru crearea acestei situații, au intervenit doi factori egal de importanți:

a) Progresele realizate de știință în ultimele decenii, au modificat profund posibilitățile medicinei contemporane, capabilă să aibă un randament cu mult mai mare decât în trecut. In afară de aceasta, metodele de combatere ale boalelor epidemice, cari sunt generale și colective, a deschis noui perspective practicei medicale, limitată până atunci, numai la o acțiune individuală.

b) Pe de altă parte, problemele de ordin social au căpătat, în epoca noastră, o importanță primordială în viața organizată, a Statului. In special binefacerile științei ca și ale culturei nu mai pot fi apanagiul unui număr restrâns de privilegiați ai soartei. Ele trebuesc să fie puse la dispoziția tuturor cetățenilor unei țări.

Aceste idei fundamentale sunt principial admise în toate țările civilizate.

Pentru a se trece dela o stare de fapt, creată printr'o îndelungată evoluție, la o situație nouă, programatic legiferată, dar nerealizată, este nevoie de un efort intens și îndelungat.

Pe terenul sănătății publice, Medicina socială este chemată să înfăptuiască o reformă fundamentală în concepțiunile noastre sanitare, în moravuri, în metode, și în mecanismul instituțiilor medicale.

De aceea *D-rul Gh. Banu* face o operă nu numai remarcabilă prin valoarea ei științifică, dar și deosebit de folositoare, organizațiunei noastre sanitare, publicând lucrarea sa: «La Science de la Médecine Sociale».

Este o lucrare de sinteză și de doctrină care urmărește în primul rând, clarificarea problemei, din punct de vedere științific.

După ce examinează în mod critic diferite concepțiuni pe cari oamenii de știință le-au avut asupra Medicinei Sociale, *D-rul Banu* formulează în mod magistral ideologia, scopurile și mijloacele acestei științe:

«Medicina socială este disciplina științifică autonomă, care, considerând individul ca un inel dintr'un lanț de generații și încadrat într'un grup social omogen, studiază, pe deoparte influența factorilor hereditari, patologici, profesionali și sociali asupra omului, și pe de altă parte, realizează cultura sănătății, cu ajutorul măsurilor preventive, curative, sanitare și sociale, asigurând integritatea rasei, sănătatea populației și condițiuni optime de viață».

Consecvent acestei concepțiuni de o mare întindere ideologică dar de o impresionantă preciziune, Medicina socială urmărește să realizeze desvoltarea normală a individului cu ajutorul antropobiologiei, care studiază factorul personal-hereditar și factorii de influență ai mediului ambiant. Pe aceste idei fundamentale se desvoltă igiena rasei, știință care urmărește «o redresare biologică dirijată, încadrată în politica de Stat».

Pentru ca Medicina socială să exercite asupra vieței colective, influențele ei binefăcătoare, trebuie să găsească o largă aplicare în organizația oficială a statelor contemporane.

Acest adevăr va sfârși, cu siguranță, prin a se impune, îndată ce lumea cuprinsă în prezent într'un război, care se anunță lung și greu, va reveni la viața normală.

Dar Medicina socială, ca oricare altă disciplină a științei, nu se poate aplica pe o scară întinsă, fără o îndelungată pregătire a celor cari vor conduce pe teren această mișcare reformatoare.

De aceea *D-rul Banu* dă, în lucrarea sa, o mare extindere chestiunei învățământului Medicinei sociale, arătând tot ceeace s'a făcut, în acest domeniu, în diferite țări ale lumii.

Ținem să subliniem, într'un mod deosebit, că este absolut necesar ca medicii tineri să se desvolte în spiritul nou al Medicinei sociale. In adevăr, chiar într'o clinică generală, bolnavul nu mai poate fi considerat ca un element izolat ci trebuie studiat de multe ori, pentru a-i înțelege boala, din punct de vedere al influențelor pe cari le-a exercitat asupra sa mediul familial, profesional și social.

Cu atât mai mult «cultura sănătății» urmărită de Medicina socială, nu se va putea realiza decât prin oameni, cu o formațiune spirituală și științifică, făcută în acest sens.

In așteptarea unor vremuri mai bune, socotim necesar, să pregătim de pe acum, medicii capabili să înțeleagă problemele medicinei sociale și să le rezolve.

Intocmai cum pentru orice medic, indiferent de evoluția sa de mai târziu, este bine să aibă pentru cultura lui generală, câteva cunoștinți de bază, în diferite specialități ale medicinei, va fi tot atât de necesar să posede noțiunile fundamentale pe cari se desvoltă astăzi Medicina socială.

Pe lângă acest învățământ școlar, va fi necesar să avem posibilitatea unor cercetări aprofundate și a unor studii superioare de specializare. Acestea s'ar putea desvolta în cadrul unui Institut de Medicină socială care ar urma să dirijeze o acțiune de mari proporții și să exercite o influență binefăcătoare în cercuri foarte întinse.

*

Lucrarea *D-rului Banu*, din care nu am putut semnala decât două-trei idei cardinale, este una din operele fundamentale ale acestui cercetător pasionat și cugetător fecund.

In plină maturitate, *Doctorul Banu*, după ce a luat cunoștință de tot ceeace s'a scris și s'a realizat în domeniul specialității sale, după ce a aprofundat condițiunile de viață ale poporului nostru, în numeroase lucrări anterioare, ne dă astăzi o vedere sintetică asupra științei Medicinei sociale și posibilităților de a o aplica în România.

Spre deosebire de alte domenii de preocupări intelectuale — pur speculative, medicina este o știință exactă, cu aplicațiuni practice imediate. Ceva mai mult, este aproape obligatoriu pentru o societate organizată, să utilizeze pentru ameliorarea condițiunilor de viață ale membrilor ei, nouile metode și descoperiri ale științei.

Dacă principial, toată lumea este de acord asupra acestei idei, socotim că, în ceeace privește Medicina socială, a venit momentul hotărârilor imediate.

In fața unei noui specialități, care este cultivată incidental și incomplect în învățământul nostru universitar, trebue să subliniem necesitatea de a i se da posibilități de largă desvoltare autonomă.

Pentru aceasta nu există decât o formulă: Crearea unui învățământ independent pentru Medicina socială.

Sunt convins că, în modul acesta, se vor forma spiritual și practic tinerii medici cari vor transforma în realități, comandamentele Medicinei sociale, ce rămân în prezent în domeniul dezideratelor.

D-rul Banu are marele merit de a fi pus și rezolvat problema Medicinei sociale, pe planul ideologic.

Lucrările sale în acest domeniu și mai ales prezentarea sintetică a chestiunei, în volumul de care ne ocupăm, demonstrează în mod evident acest fapt.

Ii urăm, din tot sufletul, să poată transpune pe terenul vieței sociale, binefacerile acestei științe în care este protagonist, — nu atât pentru satisfacția sa, cât pentru binele colectivității românești.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Cursde Oto-Rino-Laringologie la Cluj

Al V-lea curs practic de reîmprospătare şi de technică operatorie oto-rino-laringologică ţinut de profesorul Buzoianu şi colaboratorii săi (Bodea, Gârbea, Popovici, Tânăveanu) pentru medicii specialişti şi pentru practicieni va avea loc între 17 şi 23 Iunie 1940 inclusiv la clinica O.R.L. din Cluj.

Medicii participanţi pot asista în limita timpului disponibil la toate intervenţiile operatorii cari în acest interval de timp se vor practica în clinică.

Inscrierile se primesc la clinica oto-rino-laringologică din Cluj. Dreptul de participare 1500 lei.

Invăţământul medical în Franţa pe timpul războiului

Subsecretariatul de Stat al Apărării Naţionale şi al războiului din Franţa, de acord cu Ministerul Educaţiei Naţionale, a luat o serie de măsuri cu scopul de a da posibilitatea studenţilor în medicină să-şi continue studiile, rămânând în acelaş timp în serviciul armatei.

Aceste măsuri se referă în primul rând la mediciniştii din ultimul an de studii pentru cari s'a instituit cursuri speciale cari au început dela 5 Aprilie şi se vor termina în cursul lunei Iulie a. c.

Neputând funcţiona toate facultăţile studenţii au fost repartizaţi astfel:

La Paris, cei cari la data încorporărei erau înscrişi în această facultate;

La Bordeaux, cei aparţinând Şcoalei Serviciului Sănătăţei al Marinei şi cei ai facultăţei din această localitate;

La Lyon, studenţii facultăţilor din Lyon, Marsilia, Montpellier, Toulouse şi cei ai şcoalelor în plin exerciţiu din Clermont, Nantes, Rennes, Tours.

La Lille, studenţii acestei facultăţi;

La Nancy, studenţii din Nancy şi cei ai facultăţei din Strassbourg;

La Alger, studenţii acestei facultăţi;

Ei au fost detaşaţi pe durata acestor cursuri la formaţiunile sanitare în oraşele facultăţilor indicate mai sus şi luaţi în subsistenţa acestor formaţiuni. Autorităţile militare, de acord cu decanatele respective vor stabili cum vor fi întrebuinţaţi aceşti studenţi.

Lupta contra campaniei în favoarea uzului de vin în Franţa

In şedinţa dela 27 Februarie a c. a Academiei Franceze, prof. M. Lapique a ţinut o comunicare, în ultimul timp, asupra acestei băuturi şi în special în contra abuzului ce această campanie l'a provocat la mobilizaţi.

Ziua vinului cald, ar fi prin ea însuşi inofensivă şi chiar simpatică, dacă nu ar fi o încoronare a acestei campanii în favoarea vinului. Este însă o ocazie ca însăşi voci autorizate chiar guvernamentale să propovăduiască ingerarea acestei băuturi. Am remarcat — spune dânsul — că un fost ministru al educaţiunei naţionale, nu s'a sfiit să ordone elogiul vinului în şcolile primare. Academia până în prezent nu a reacţionat, tăcerea sa contribuind să se consolideze ideia în popor că vinul nu poate face rău şi nu are nici un raport cu alcoolismul.

Vinul, din contra, cu toată denumirea de băutură higienică ce i s'a dat, este marele vector al alcoolismului în Franţa. Fără îndoială că o doză moderată nu este răufăcătoare. Dar limita higienică se depăşeşte uşor ceeace se poate observa în prezent la soldaţi.

La această comunicare s'a asociat prof. Martel, care a felicitat pe iniţiatorul acestei reacţiuni contra campaniei dăunătoare din ultimul timp.

La sfârşit, s'a ales o comisiune care a fost însărcinată să redacteze un raport asupra acestei chestiuni, comisiune din care fac parte: d-nii Vincent, Martel, Guillain, Lapicque, Rist, Laubry, Debré şi Laignel-Lavastine.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţei

In conformitate cu art. 201 din legea sanitară şi de ocrotire se aduce la cunoştinţă că sunt vacante următoarele posturi:

Medic primar al judeţeului Olt;

Medic şef al laboratorului din Brăila;

Medic spit. cu circ. Zvorişteа, jud. Dorohoi; medic spit. cu circ. Cazacii-Vechi, jud. Cetatea Albă; medic al circ. Ciumbrud, jud. Alba; medic al circ. Stoiceni, judeţul Argeş; medic al circ. Tigveni, jud. Argeş; medic al circ. Comăneşti, jud. Argeş; medic al circ. Glodeni, jud. Bălţi; medic al circ. Vintileanca, jud. Buzău; medic al circ.. Băceşti, jud. Cluj; medic al circ. Ivăneştii-Noi, jud. Cetatea Albă; medic al circ Tătărani, jud. Dâmboviţa; medic al circ. Bistreţu, jud. Dolj; medic al circ. Tureatca, jud. Dorohoi; medic al circ. Hurezani, jud. Gorj; medic al circ. Potcoava, jud. Ialomiţa; medic al circ. Ograda, jud. Ialomiţa; medic al circ. Bucium, jud. Iaşi; medic al circ. Ciurea, jud. Iaşi; medic al circ. Bughea de Sus, jud.. Muscel; medic al circ. Priboeni, jud. Muscel; medic al circ. Iad, jud. Năsăud; medic al circ. Rediu, jud. Neam; medic al circ. Rusăneştii de Jos, jud. Romanaţi; medic al circ. Stoeneşti, jud. Romanaţi; medic al circ. Bucium, jud. Satu-Mare; meic al circ. Andrid, jud. Sălaj; medic al circ. Băseşti, jud. Sălaj; medic al circ. Hordiştea, jud. Soroca; medic al circ. Carapciu pe Ceremuş, jud. Storojineţ; medic al circ. Vultureni, judeţul Tecuci; medic al circ. Râioasa, jud. Telorman; medic al circ. Slobozia-Mândra, jud. Teleorman; medic al circ. Scrioştea, jud. Teleorman; medic al circ. Nicolăeni, jud. Tighina; medic al circ. Tighina Rurală, jud. Tighina; medic al circ. Cuvejdia, jud. Timiş; medic al circ. Puieşti, jud. Tutova; medic al circ. Munteni-de-Jos, judeţul Vaslui; medic al circ. Mihăileşti, jud. Vlaşca.

BIBLIOGRAFII

Précis d'oto-rhino-laryngologie par Georges Laurens, Maurice Aubry, Laryngologiste des hôpitaux de Paris. **André Lemariey** laryngologiste des hôpitaux de Paris. Deuxiéme édition revue et corrigée. *Masson et C-ie, éeiteurs.* Un volum de 1.242 pagini cu 460 figuri (Collection de Précis Médicaux) Broşat, 3,30 dolari.

Lucrarea conţine toate cunoştinţele referitoare la această specialitate şi pentru fiecare dintre ele, studiul fiecărei afecţiuni. La fiecare maladie este expusă patogenia, etiologia, pronosticul, diagnosticul şi tratamentul.

Dintre teoriiile patogenice au fost reţinute cele considerate clasice.

Technica de examen al fiecărui aparat a fost desvoltată în mod amplu, în special pentru urechea internă.

Studiu; fiecărei maladii a fost făcut în mod clinic, adică un fel de «patologie trăită».

Terapeutica recomandată a fost aceia care li sa' părut autorilor că întruneşte cele mai multe sufragii. In linii mari prezintă un caracter de stabilitate marcată, exceptând în ceiace priveşte chimioterapia, cancerul şi vaccinoterapia.

Aceasta a doua ediţiune conţine toate noile achiziţiuni ale oto-rhino-laringologiei. Ea conţine noi capitole: audiometria care este obiectul unui studiu aprofundat, osteitta profundă a stâncei, cancerul hipofaringelui, manifestările faringee ale afecţiunilor hematologice ale seriei albe, punerea la punct a dispneilor laringee şi tracheale ale copilăriei, radiografia cancerului laringelui.

Un oarecare număr de capitole au fost refăcute: surditatea, sindromele labirintice, complicaţiunile intracraniene ale otitelor, tratamentul diferitelor cancere ale specialităţei.

Altele au fost complect revizuite : polipoza nasală care este considerată actualmente drept manifestări ale etmoido-antritelor edamatoase, supuraţiunile perifaringee. Multe au suferit modificări de structură. Chirurgia amigdaliană, în sfârşit, a fost întinerită.

THIONAIODINE
comprimate

Complex IOD-SULF-MAGNEZIU
asociat sărurilor de Lithină şi cu
VITAMINA B_1

Activează prin proprietăţile
antialgice şi neurosedative
ALE IODURULUI DE SODIU ŞI ALE IONULUI DE MAGNEZIU
catalitice şi trofice
ALE SULFULUI
uricolitice
ALE IONILOR DE Li
şi prin
remarcabila acţiune antinevralgică

VITAMINEI B_1

Toate algiile reumatismale
Reumatism cronic
Turburări ale nutriţiunii sulfurate
Bronşite cronice

Dela 4 până la 6 comprimate pe zi, la mese, să se înghită fără a le sfărâma

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS-ISSY-LES-MOULINEAUX-PARIS
Eşantioane şi Literatură la cerere
Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Hormonul antehipofizar gonadotrop

GLANDUANTIN

Fiole şi tablete, titrate pe unităţi.

Fiole de 20 unităţi internaţionale. **Tablete de 150 unităţi internaţionale.**

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.
Fiole de 100 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Medicaţia salicilică

KALMOPYRIN

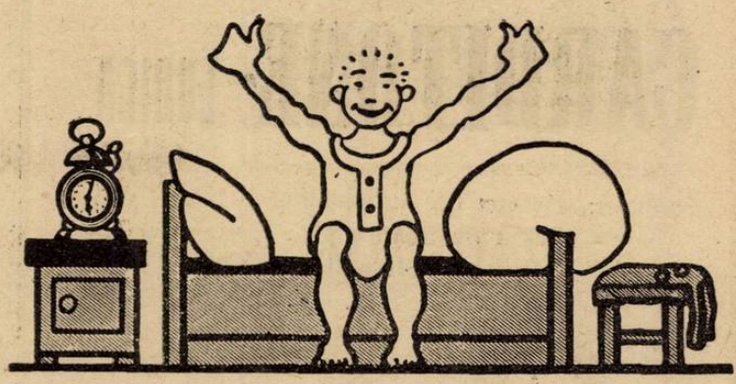
fără împovărarea stomacului

pentru combaterea febrei, gripei, la adulţi şi copii

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3–4 cachete pe zi după mese.

Injecțiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obține un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecțiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecțioase, acute și cronice
Fără reacțiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY-Praga

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulențe și gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriță în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. București III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

Medicament tonicardiac

CARDITONE-LOBICA

Formulă: Extract de Strophantus . . . 0,001
Sulfat de Sparteină 0,02
Extract de Muguet 0,05
Excipient Q. S. p. 1 compr. de 0,35

Drageuri: 1—5 pe zi, după caz.

Terapia maladiilor de nutriţie. Artritism — Gută — Gravelă.

URALYSOL

Hexametilentetramină — Acid Timinic — Dietilen-Diamină — Citrat de Hexametilen-tetramină — Carbonat de Litină — Benzoat de Sodiu.

Granule: De 2 ori pe zi, câte o linguriţă într'un pahar plin cu apă.

Toate formele de constipaţie — Regulator al biligeniei — Stimulent al secreţiunei hepatice

LACTOBYL

Extract biliar depigmentat — Extract total de glande intestinale — Cărbune poros hiperactivat — Fermenţi lactici selecţionaţi — Extract citoplasmic de laminaria flexicaulis.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Constipaţiuni — Enterite cronice — Enterocolite — Dermatoze.

T A X O L

Pudră de mucoasă intestinală, Agar-Agar, Extract biliar depigmentat, Fermenţi lactici selecţionaţi.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Sedativ Neurovegetativ — Insomnii — Anxietate — Emotivitate — Palpitaţii — Anafilaxie

SERENOL

Peptone lichide polivalente — Fenil-Etil-Malonil-uree-Hexametilen-tetramină - Pasiflora - Anemone Boldo — Tinctura Cratoegus şi Beladona.

Lichid: 1—3 linguriţe de cafea pe zi luate de preferinţă cu o infuzie.

Maladii venoase — Hemoroizi — Varice — Ulceraţii.

VEINOTROPE

Masculin şi Femenin

Paratiroidă — Suprarenală — Hipofiză — Pancreas — Glande genitale — Extract de Hammamelis — Nucă vomică — Maron de India.

Drageuri: 3—5 pe zi, cu o oră înaintea meselor

La femei se întrerupe tratamentul în timpul menstruaţiei.

Laboratoires L O B I C A — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 221.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 11 | 10 Lei Exemplarul | 1 Iunie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ... UNIVERSITATEA ... BUCUREŞTI

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. P. TOMESCU, Dr. I. COSMULESCU şi Intern C. DANIEL: *Incercări de tratament cu acid nicotinic a intoxicaţiei alcoolice acute şi cronice* 125

Dr. N. STOICHIŢĂ: *Tuberculoza pulmonară post-traumatică* . . . 127

Dr. I. FĂGĂRĂŞANU: *Chirurgia de război* 129

Docent Dr. STOIA şi Int. GACHI: *Consideraţiuni asupra tratamentului cu Suprifen* 131

Dr. DEM. THEODORESCU şi Dr. GH. AL. DOBRESCU: *Pansterina în chirurgie* 132

CRONICI

Prof. Dr. DANIEL: *Louis Dartigues* 134

INSTITUŢII MEDICALE

Dr. OVIDIU CONSTANTINESCU: *Institutul ftiziologic Carlo—Forlanini — Roma. (Note descriptive, activitate didactică şi ştiinţifică).* 135

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

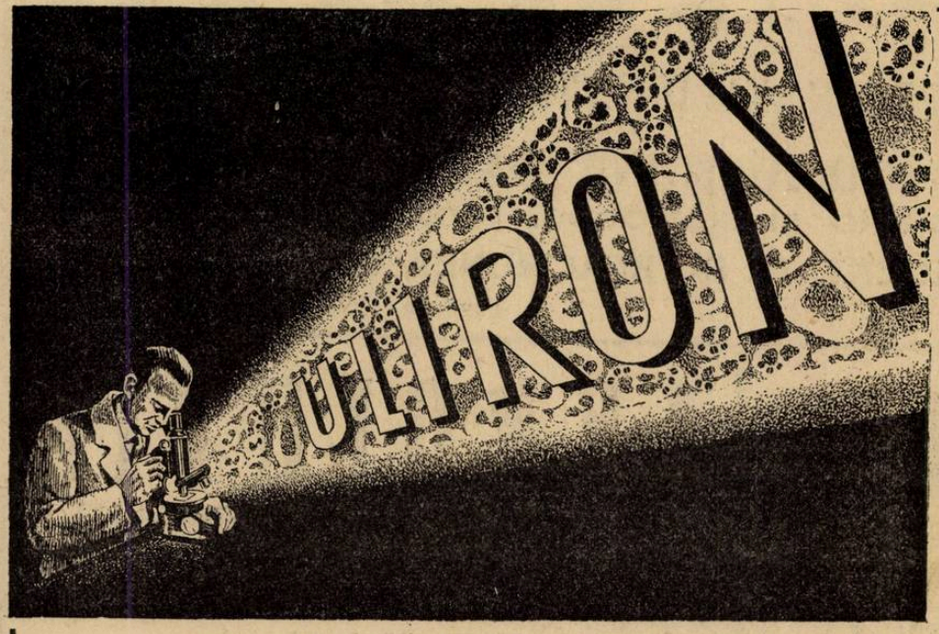
Medici înaintaţi la gradul de inspector general sanitar onorific; Dela Colegiul medicilor; Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţii; Lucrările D-lui Prof. Dr. Moldovan asupra Reticulinei M. 138

Mişcare în Corpul Medical 139

BIBLIOGRAFII

Prof: Dr. Gh. Băltăceanu: Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie. Vol. III «Cartea Românească» Bucureşti.

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier*. «Les petits precis», par *A. Cantonet*, Edition Librairie Maloine.



O inovaţie esenţială
în tratamentul blenoragiei
a fost realizat prin
ULIRON

«Ulironul marchează incontestabil un progres însemnat în chimioterapia blenoragiei. Efectele sale întrec pe acelea ale altor preparate şi permit într'un procent important vindecarea blenoragiei pe cale bucală, ceeace înseamnă un progres remarcabil».

Prof. Dr. C. Tă'aru, Dr. I. Pop. şi Dr. P. Cirlea.
Clujul Medical 11—1938

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86.
Sucursala Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ. Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ. Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

UROCARMIN

PENTRU TRATAMENTUL şi PROFILAXIA INFECŢIUNILOR CĂILOR URINARE

COLORANT AZOIC CU ACŢIUNE BACTERIOSTATICA

(bacilul coli, strepto şi stafilococ, proteus, etc.)

EFECTE NEINFLUENŢATE DE REACŢIUNEA URINEI.

Tablete: tuburi cu 20 şi 50 tablete

AKROFOLLIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI FOLICULAR CU ACŢIUNE ENERGICĂ ŞI DURABILĂ

FIOLE: 1000, 10.000, şi 50.000 U. S.
DRAGEURI: 1000 şi 5000 U. S.
(1. U. S. = 1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI CORPULUI GALBEN

FIOLE: 0,5, 2 şi 5 U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sf. Constantin, 4.

DYCHOLIUM

Acid dehidrocholic

choleretic — desensibilizant — diuretic

TOATE INSUFICIENŢELE HEPATICE

I C T E R E

LITIAZE BILIARE

CHOLECISTITE

URTICARIE

M I G R E N E

O L I G U R I I

THÉRAPLIX

98, Rue de Sèvres
— PARIS (7e) —

Propaganda Médicală
" THERAPLIX "
str. Anastasie Simu 6
BUCUREŞTI III

Chimioterapia peroralĂ
a blenoragiei se face prin ALBUCID

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

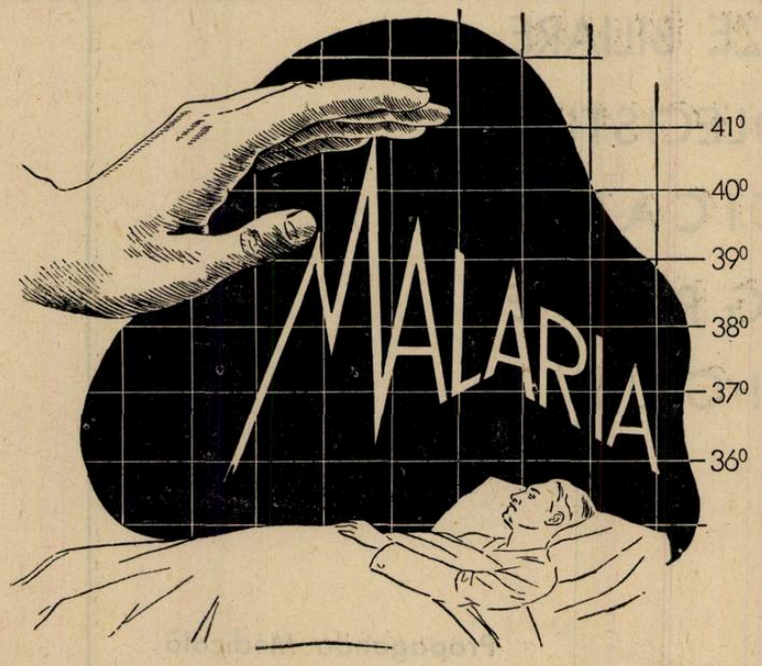
cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător:*
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp. prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp, s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Aurel Vlaicu No. 33.



Tratamentul malariei cu
ATEBRIN

este scurt: 5-7 zile
simplu: 3 tablete pe zi
radical: efect terapeutic desăvârşit, cu o cotă mică de recidive.
fără pericol: fără efecte secundare
Indicat şi în timpul sarcinei.

Se asociază eventual o cură cu preparatul gametocid PLASMOCHIN
PROFILAXIE: In fiecare a doua zi 1 tabletă de Atebrin.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18. Tel.: 37-22

Anul XVIII. No. 11 10 Lei Exemplarul 1 Iunie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Incercări de tratament cu acid nicotinic a intoxicaţiei alcoolice acute şi cronice

de Prof. Dr. P. TOMESCU, Dr. I. COSMULESCU şi Intern C. DANIEL

Ideia de a trata turburările psihice şi somatice, datorite alcoolismului, — prin acid nicotinic, se datoresc faptului că există oarecari asemănări între unele simptome ale alcoolismului cronic şi ale pelagrei, boală în care s'au obţinut rezultate atât de bune, prin tratamentul cu acid nicotinic.

Clinicienii au impresionaţi de faptul că bolnavii cari nu consumau mămăligă şi cari se alimentau suficient şi echilibrat, dar cari abuzau de băuturi alcoolice, prezintau toate sau unele din semnele neuro-psihice, gastro- intestinale sau cutanate, asemănătoare cu cele obişnuite în pelagră. S'au izolat astfel tipuri clinico-etiologice speciale sub numele de pseudo-pelagră *(Roussel)*, de para-pelagră *(Harris)*, în sfârşit pelagra alcoolică, frecventă în ţările fără endemie pelagroasă (Elveţia, Germania), sau în America.

La noi în ţară, unde avem încă tristul privilegiu al unei mari endemii de pelagră, găsim foarte des, în antecedentele bolnavilor pelagroşi, în afară de insuficienţa şi desechilibrul alimentar şi intoxicaţia alcoolică.

Pe dealtă parte şi la noi observaţiile de pelagră alcoolică survenită la pacienţi, urmând un regim alimentar suficient şi relativ bine echilibrat, dar intoxicaţi cu alcool nu sunt rare.

In sfârşit, s'au citat şi cazuri de asociaţie clinică delirium tremens-pelagră.

Din punct de vedere anatomo-patologic, leziunile caracteristice ale celulelor nervoase centrale, descrise sub numele de nevrită centrală, de Adolf Meyer, în cazurile fatale de pelagră, au fost găsite şi în delirium-tremens. chiar când bolnavul nu prezintase nici un semn clinic de pelagră.

In fine, anume turburări biochimice prezentate de pelagroşi, au fost găsite şi la intoxicaţii cu alcool. Astfel, ca să nu dăm decât două exemple, în pelagră şi în alcoolism avem deaface cu o porfirinurie manifestă *(Spies, Elinger)*, deasemenea indicele cromic rezidual e crescut în ambele aceste afecţiuni *(Tomescu, Cosmulescu* şi d-ra *Şerban)*, ceiace demonstrează o turburare evidentă în metabolismul hidraţilor de carbon, acest indice corespunzând tocmai la produşi intermediari ai acestui metabolism.

Aceste relaţiuni etiologice, clinice, biochimice şi anatomo-patologice au făcut să se nască ideea de a trata accidentele intoxicaţiei alcoolice prin acid nicotinic, având în vedere rezultatele admirabile obţinute prin această substanţă în pelagră. Se ştie că acidul nicotinic este vitamina anti-pelagroasă P. P.

De altfel o serie de cercetări din ultimul timp, ţind să arate că în patogenia encefalitei psichozice alcoolice acute — delirium tremens — joacă un rol de prim plan carenţa unuia sau mai mulţi factori din complexul vitaminic B. *(Wechsler, Jerris şi Patts)*, în care dela primele încercări de izolare din 1914, *Funck* găsise şi acidul nicotinic. Carenţa s'ar explica nu numai prin lipsa aportului alimentar, dar mai ales prin turburări în absorbţia digestivă sau în schimburile metabolice însăşi, ca urmare a leziunilor determinate de alcool în tubul digestiv sau în ficat şi a răsunetului acestora asupra nutriţiei generale.

In această ordine de idei, se cunosc rezultatele favorabile pe care vitamina B_1 le are în tratamentul polinevritelor alcoolice iar în ceeace priveşte în special acidul nicotinic trebue amintit că de curând *Spies* a arătat că între factorii cari fac să crească nevoia organismului în acid nicotinic, alcoolul este printre cei mai importanţi.

Aplicarea practică a acestor consideraţiuni, nu au întârziat să se arate şi în numărul din 30 Dec. 1939 al revistei «Presse Médicale» *Pagniez*, la rubrica «Actualités thérapeutiques» se ocupă cu încercările de tratament prin acid nicotinic a intoxicaţiei alcoolice acute.

El citează o observaţie de delirium tremens a lui *Mainzer* şi *Krause* (Brit. Med. J. Aug. 1939) în care era vorba de un mare băutor de whiskey, cu turburări gastro-intestinale intense, cu stomatită, cu vărsături şi cu accidente confuzionale, delirante şi halucinatorii şi cu tremurături generalizate la care tratamentul obişnuit cu adaos de vitamină B_1 nu a adus nici un rezultat, turburările dimpotrivă, agravându-se. După 600 mg. de acid nicotinic dat fracţionat în cursul unei nopţi, starea bolnavului se ameliorează în chip impresionant: el adoarme şi a doua zi se deşteaptă liniştit şi conştient, iar vindecarea se obţine ulterior în câteva zile.

Deasemenea *Pagniez* mai referă mai multe observaţiuni ale lui *May* (Medical Record, Septembrie 1939) concernând alcoolici cu accidente confuzionale şi delirante, cu sau fără glosită, anorexie sau diaree şi care în câteva zile au fost ameliorate şi vindecate prin administrare zilnică de 600 mg. acid nicotinic, divizat în 6 doze.

Dar a mai fost un fapt care ne-a determinat şi mai mult să întrebuinţăm acidul nicotinic în tratamentul intoxicaţiei alcoolice acute şi cronice şi anume constatarea pe care am avut prilejul să o facem la unul dintre bolnavii noştri, sensibil la alcool şi la care această sensibilitate a dispărut după saturarea organismului lui cu acid nicotinic.

Este vorba de bolnavul I. I., chelner de 33 ani, adus la 31 Dec. 1939 de poliţie, pentrucă pe când era la serviciu, în chip brusc a început să se agite, să se certe, să înjure pe cei din jurul lui şi să-i lovească.

In serviciul nostru această stare de agitaţie psiho-motorie cu elemente confuzionale, dispare în 24—36 ore, lăsând o amnezie marcată, precum şi fenomene de astenie puternică, dureri de cap cu ameţeală, tremurături ale membrelor superioare şi buzelor, cu uşoară dizartrie.

Turburările din urmă, bolnavul ne spune că le are mai de mult. Pentru ele a consultat un medic. Acesta, bănuind infecţia specifică, l-a sfătuit să-şi facă analiza sângelui. Reacţiile ar fi dat rezultate pozitive, iar bolnavul urmează de 2 săptămâni tratament antisifilitic — Neo şi Bismut — fără să simtă totuşi vreo ameliorare.

Episodul confuzional pentru care s'a trezit internat la spital, pare a fi venit în urma consumării unei cantităţi mici de alcool — o sticlă de bere — iar bolnavul ne mai povesteşte că i s'a spus de familie că de câteva ori după ce băuse relativ puţin, prezentase asemenea stări, durând cel mult 24—36 ore, însoţite de idei delirante megalomania ce cu impulsiuni violente — loveşte, sparge lucrurlie din casă — stări urmate de amnezie. De aceea era foarte precaut şi nu bea decât foarte rar şi puţin.

Bolnavul de tip picnic; preznită midriază şi reflexul foto-motor slab; cel de acomodaţie şi convergenţă se face normal.

Incolo nimic deosebit la examenul somatic. Reacţiile pentru sifilis în sânge şi lichid cefalo-rachidian, negative.

Pentru precizarea diagnosticului şi pentru a controla dacă sensibilitatea la alcool relatată de bolnav este reală, i se face etilodiagnosticul (Obregia), dându-i-se concomitent cu injecţiile de stricnină, la 10, 11 şi 12 Ianuarie, câte 2,3 şi 4 linguri din porţiune Todd de formula următoare: alcool 40 gr. Apă 75, Sirop 35.

La 12 Ianuarie după masă apare o stare de agitaţie uşoară cu idei megalomanace şi euforie care dispare spre seară.

La 13 Ianuarie bolnavul mai bea încă 4 linguri din poţiune. Se produce curând o violentă stare de exicitaţie confuzională cu idei megalomaniace — este rege, distribue milioane — şi cu impulsiuni violente — loveşte, insultă pe cei din jur.

La 14 şi 15 Ianuarie, starea de agitaţie scade, ideile megalomaniace se păstrează încă.

La 16 Ianuarie este într'o stare de torpoare cu mutism. I se suprimă stricnina şi i se dă acid nicotinic în doze crescânde dela 400 mlg. până la 1 gr. zilnic, fracţionat, intramuscular şi per os.

Bolnavul revine în 2—3 zile la starea normală. La 26 Ianuarie i se dă din nou 2 linguri de poţiunea Todd de aceiaşi formulă, apoi în fiecare zi, întâi câte o lingură în plus, apoi două, ajungând ca la 6 Februarie bolnavul să suporte cantitatea enormă de 20 linguri de poţiune, fără ca să aibă cea mai mică urmă de agitaţie sau turburare mintală. In tot acest timp bolnavului i se administra zilnic şi 1 gr., de acid nicotinic, în doze fracţionate.

Avem deci de a face cu un bolnav sensibil la alcool şi care după ce bea 4 linguri de poţiune Todd, face sub ochii noştri o criză confuzională agitată cu idei delirante. Acestui bolnav, după ce este saturat cu acid nicotinic, i se dă zilnic să bea din aceeaşi poţiune, cantităţi crescânde de alcool şi ajunge să tolereze o cantitate de 5 ori mai mare decât acea care înainte îi provocase accidentul confuzional.

Suntem obligaţi să admitem că la acest om sensibil la alcool acidul nicotinic a mărit toleranţa la această substanţă şi a înlăturat sensibilitatea.

* * *

Am tratat cu acid nicotinic o serie de 10 bolnavi prezentând turburări acute, subacute sau cronice, de intoxicaţie alcoolică.

Am aplicat aceeaşi schemă de tratament întrebuinţată şi în pelagră şi anume administrarea zilnică fracţionată de 60 — 100 ctg. de acid nicotinic în injecţii intramusculare şi per os, dând în injecţiune cam 1/3 din doza zilnică, iar restul per os, în doze fracţionate.

Inainte de orice trebue să spunem că niciunul dintre bolnavii noştri nu prezentaseră în antecedente semne de pelagră cutanată şi nici actualmente nu prezentau asemenea turburări.

7 dintre ei, — un colonel în rezervă, un funcţionar comercial, un funcţionar la C.F.R., 2 funcţionari industriali, un vatman şi un şofeur — proveniau din mediul urban şi avuseseră un regim alimentar suficient şi echilibrat.

Turburările lor, care vom vedea că au fost influenţate remarcabil de acidul nicotinic, nu putea nicidecum să fie interpretate ca datorite unor carenţe alimentare.

Restul de 3 proveniau din mediul rural şi avuseseră un regim alimentar relativ dezechilibrat. Dar, după cum am mai supus, nici aceştia nu prezentaseră niciodată vreo erupţie cutanată pelagroasă.

Tratând aceşti bolnavi cu acid nicotinic am observat în primul rând că ameliorarea şi vindecarea se obţine mai curând decât prin metoda obişnuită cu stricnină.

Astfel la un bolnav starea confuzională cu mare excitaţie psiho-motorie, cu halucinaţii terifiante, cu false recunoaşteri, instalată cu 2 zile înainte de internare, dispare chiar de a doua zi după începerea tratamentului.

La alţi doi, somnul agitat cu vise terifiante zoopsice numai după 2 — 3 zile de administrare de acid nicotinic, face loc unui somn liniştit reparator. Insomnia simplă este şi ea modificată.

Fenomenele de carenţă alcoolică, — anexeitatea şi depresiunea — atât de supărătoare la unii bolnavi, dispar repede şi sunt înlocuite cu o stare specială de euforie foarte accentuată la unii, şi pe care pacienţii o pun în legătură directă cu acidul nicotinic.

In adevăr, la 2 — 3 minute după injecţie şi la 10 — 15 minute după ingestie, mai ales când aceasta se face pe nemâncate, acidul nicotinic dă reacţia vaso-motorie bine cunoscută, localizată mai ales la cap, jumătatea superioară a trunchiului şi membrele superioare, caracterizată obiectiv printr'o roşeaţă vie a tegumentelor şi subiectiv printr'o senzaţie de căldură şi de înţepături, mai mult sau mai puţin intense, la acest nivel. Reacţiunea durează vreo 10 — 15 minute şi îi urmează o senzaţie durabilă de bine, de liniste şi de mulţumire.

Acţiunea imediată a acidului nicotinic şi euforia care îi urmează, impresionează mult pe bolnavi şi unii, în momentul suspendării tratamentului, cer cu insistenţă continuarea lui.

Starea depresivă întâlnită la unii bolnavi este şi ea repede influenţată şi asistăm la o transformare a tonusului afectiv care virează spre o stare euforică. Tristeţea, lentoarea, apatia, inactivitatea, fac loc unei stări de vioiciune, cu dorinţă de activitate.

Totuşi trebue să spunem că la unul din bolnavii noştri depresiunea şi astenia au cedat cu mult mai încet decât la ceilalţi, deabia după a 3-a săptămână de tratament. In acest caz turburările surveniseră însă după o gripă gravă şi credem că acest factor contribuind în mare parte şi el la apariţia turburărilor, explică de ce acţiunea acidului nicotinic a fost mai puţin eficace. In adevăr, din observaţiunile noastre, se degajează impresia că acidul nicotinic lucrează în chip rapid numai în turburările de etiologie pur alcoolică.

Anorexia a fost şi ea repede modificată, bolnavii recăpătându-şi în câteva zile pofta de mâncare normală; deasemeni la bolnavii cu constipaţie s'a obţinut o regularizare a scaunelor.

Durerile musculare la nivelul pulpelor dispar şi ele în câteva zile, parestezііle ceva mai încet.

In fine, la doi bolnavi am observat o scădere accentuată a tensiunii arteriale într'un caz dela 17½ — 9 la 13—7, în celălalt dela 18 — 11 la 11 — 7.

*

In rezumat vom spune că accidul nicotinic întrebuinţat în tratamentul turburările acute sau cronice ale intoxicaţiei alcoolice dă rezultate cari constiuesc un progres faţă de tratamentele curente şi anume:

1) Se obţine o vindecare mai rapidă. In adevăr, la majoritatea bolnavilor noştri (9 din 10), ameliorarea se observă din primele zile, vindecarea obţinându-se în prima săptămână.

2) Senzaţia specială de euforie, care nu se obţine prin stricnină;

3) Se poate întrebuinţa şi la bolnavii hipertensivi, la care stricnina trebue mânuită cu prudenţă, acidul nicotinic producând chiar o scădere remarcabilă a tensiunii arteriale;

4) Acidul nicotinic înlătură sensibilitatea la alcool, ceeace cu stricnină nu se obţine.

Rezultatele noastre mai au şi un interes doctrinar, întrucât ele sunt încă un punct de sprijin pentru aceia *(Strauss, Jolliffe, Govaerts)* care susţin că turburările observate în cursul intoxicaţiei alcoolice nu sunt datorite decât alcoolului, ci unei carenţe vitaminice. Intoxicaţia alocolică devine astfel o avitaminoză.

Odată stabilită eficacitatea acidului nicotinic în turburările psihice şi somatice datorite alcoolismului, am căutat să vedem dacă el nu are şi o acţiune preventivă asupra recidivelor aşa de frecvente la alcoolicii trataţi şi desintoxicaţi.

Patru din bolnavii noştri cari au putut fi urmăriţi după ieşirea din spital, au luat timp de 15 zile lunar, câte 80 ctgr. acid nicotinic zilnic, pe cale bucală.

Nici unul nu a reluat excesele alcoolice, dar timpul de 2 — 3 luni, de când sunt urmăriţi, este prea scurt pentru a putea trage vre-o concluzie. Este probabil că acidul nicotinic dă organismului acea tonicitate nervoasă şi somatică pe care alcoolicul o caută în băutura lui favorită, şi în modul acesta se previn recidivele.

OCTINUM

KNOLL

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee Fiole Lichid Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE
pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

Tuberculoza pulmonară post-traumatică

de Dr. N. STOICHIȚĂ
Conferențiar Universitar

Tuberculoza pulmonară post-traumatică este cunoscută din timpurile cele mai îndepărtate. Primele însemnări le găsim în Herodot; el povestește întâmplarea unui general al regelui Xerxes care, în urma unei căderi de pe cal, are o hemoptizie și moare după câtva timp de ftizie. *Portal* (1592) publică, în Franța, primele observațiuni de ftizie consecutive contuziunilor sau plăgilor toracice.

Tuberculoza pulmonară post-traumatică a fost admisă până la *Laennec*. E curios de văzut cum marele *Laennec* a negat categoric teoria «Phtisis ab Hemoptoae» a lui *Morton*, deși admitea influența traumatismului în apariția pleureziilor fibrinoase.

Indoiala produsă în spirite de afirmația genialului breton a durat până la 1872 când *Leberț* (Breslau) a adus, în teza elevului său *Scholtz*, date precise privitoare la tuberculoza pulmonară post-traumatică.

Contribuții însemnate aduc apoi: *Bouvier* (1877), *Chaffy* (1881), *Teissier, din Lyon* (1878), *Chauffard* (1880), *Jaccoud* (1883), *Potain* (1893), etc.

Chestiunea capătă o importanță de primul ordin după promulgarea primelor legi asupra accidentelor de muncă în Germania (1881), în Franța (1898). Ea trece de pe terenul științific pe terenul medico-social, iar lucrările lui *Thoinot, Vibert, Brouardel* și *Giroux* constitue o excelentă punere la punct.

Brouardel și *Giroux* (1914) au fost primii cari au studiat, pe animal, tuberculoza pulmonară traumatică. Din experiențele lor rezultă, în mod ce nu poate fi contestat, că contuziunile violente pun în evidență sau agravează tuberculoze pulmonare latente sau slab evolutive, în timp ce tuberculozele grave nu sufăr modificări în evoluția leziunilor.

Concluzia ce se desprinde din cercetările întreprinse până la marele război (1914) este că tuberculoza pulmonară poate fi produsă nu numai de contuziuni dar și de plăgi toracice penetrante.

Războiul din 1914 — 1918, cu marele număr de documente puse la îndemâna cercetătorilor, a adus o largă contribuție care modifică, în parte, părerile admise până aci.

In adevăr, documentele culese confirmă rolul contuziunilor toracice în izbucnirea tuberculozei pulmonare, dar contestă rolul plăgilor penetrante toracice. Prof. *Sergent* (1916) atrage, cel dintâi, atențiunea asupra faptului că plăgile toracice nu sunt aproape niciodată urmate de tuberculoză. Cazurile excepționale, observate târziu, la răniți toracici, slăbiți din cauza supurațiunilor și ședelilor prelungite prin spitale, se explică prin debilitarea organismului urmată de reinfectări endogene sau contagiune externă.

Concluziunile Prof. *Sergent* sunt confirmate de fapte indiscutabile raportate de *Ribadeau-Dumas, Devic, Cordier, L. Bernard* și *Mantoux*. In 1924 Prof. *Sergent* revine asupra chestiunei, și, după ce arată raritatea cazurilor de tuberculoză post-traumatică, scrie: «aceste cazuri aparțin mai de grabă marilor contuziuni toracice și nu se văd în plăgile penetrante simple». *Pilod* (1929) publică observația unui aviator care, în urma unui accident însoțit de o contuziune puternică toracică, are hemoptizii, iar după câteva luni apare o tuberculoză pulmonară evolutivă. Leziunile pulmonare se suprapun locului unde s'a produs contuzia; bolnavul, după accident, n'a suferit nici o infecțiune, nici n'a fost măcar spitalizat. Cazurile de tuberculoză pulmonară post-traumatică în care filiațiunea faptelor patologice să fie atât de evidentă sunt rare în literatură. In adevăr, trebue să socotim ca tipice numai acele cazuri în care leziunile tuberculoase se declară la scurt timp după contuzie și la persoane sănătoase, din punct de vedere pulmonar.

Pilod dă câteva statistici după care tuberculoza pulmonară post-traumatică s'ar observa în 1.3 — 1.5%, procent ce i se pare exagerat. După propria-i statistică procentul ar fi de 0.1.

Cordier (1931) aduce două observațiuni cari întăresc cele afirmate de *Sergent;* după el influența ftiziogenă a plăgilor toracice penetrante este discutabilă.

Lipsa criteriului bacteriologic face ca cele mai multe dintre observațiunile anterioare anului 1882 să fie îndoelnice. *Cordier* cere, pentru a se putea admite influența necontestată a traumatismului, o continuitate evidentă între simptomele datorite traumatismului și cele ale tuberculozei pulmonare produse ulterior.

Dintre simptomele traumatismului, hemoptizia este, incontestabil, simptomul cel mai important, hemoptizia precoce, apărută în primele ore ce urmează traumatismului. Ea este dovada unei rupturi pulmonare și formează legătura, aproape constantă, dintre traumatism și tuberculoză. Sediul leziunilor corespunde, în general, regiunei ce a suferit traumatismul. In cele mai multe dintre cazuri semnele clinice ale tuberculozei pulmonare apar între 3—6 luni. Tuberculozele apărute după un an dela traumatism sunt dubioase.

Mecanismul ruperei parenhimului pulmonar în timpul și din cauza contuziei a fost explicat, încă din 1847, de *Gosselin*. Plămânul fiind un rezervor cu aer, cu pereți moi și elastici, și neavând decât un singur orificiu, tracheea, este absolută nevoe, pentru a se produce o rupere, de un șoc și de un punct de sprijin. Este deci nevoe ca glota să închidă orificiul tracheal, iar aerul din plămâni să se găsească în vas închis. Contuziunea, în aceste condițiuni, turtește pereții toracici, îi micșorează capacitatea și mărește presiunea intra-pulmonară, putând astfel produce ruperea alveolelor. In momentul accidentului glota se închide în mod instinctiv și reflex, ieșirea aerului este împiedecată, plămânul se găsește în stare de distensiune. Rezultatul este că țesutul pulmonar, spongios și fragil, se rupe la nivelul traumatismului.

Dionis de Séjours (1901) a atras atențiunea asupra faptului că chiar dacă plămânul comunică cu exteriorul, o turtire brutală a pereților toracici nu poate alunga decât o mică parte din aerul alveolar.

Din aceste două supoziții putem deduce că un traumatism ușor nu poate produce o leziune a parenhimului pulmonar fără închiderea glotei, din contra o contuzie violentă poate provoca ruperea alveolelor chiar fără închiderea glotei.

Dar aceste teorii nu satisfac, întru totul, spiritul. De ce ruptura se produce într'un punct și nu în altul? O explicație ar fi următoarea: parenhimul pulmonar nu e un țesut perfect omogen, în special la adult; multe dintre alveole au fost alterate de o infecțiune tuberculoasă latentă; cicatricele persistă sub formă de calcificări sau bande de scleroză, rupând astfel omogenitatea pulmonului. Un șoc brutal toracic va provoca vibrația aerului alveolelor. Experiențele arată că dacă printr'un șoc brutal facem să vibreze un corp eterogen, ruperea moleculară se va produce la unirea a două zone cu densitate diferită.

Este natural să admitem același mecanism și la plămâni; ruperea parenhimului va fi la periferia leziunilor inactive sau active. Aceste scurte considerațiuni ne fac să înțelegem de ce tuberculoza pulmonară prin contuzie e mai frequentă decât cea prin plaga penetrantă.

Hematomul ce rezultă din ruperea pulmonară constitue un mediu excelent pentru cultura bacililor Koch ce dormitau în focarul latent, inactiv.

* * *

Având prilejul să urmărim doi bolnavi la cari o contuziune toracică a fost punctul de plecare al unei tuberculoze pulmonare, să ne fie îngăduit să rezumăm aceste observațiuni.

Observațiunea I. — Gheorghe A., în vârstă de 57 ani, funcționar, vine la consultație în Iulie 1931, pentru a ve-

dea dacă nu are o fractură de coaste. Cu câteva zile mai înainte fusese lovit, sub clavicula stângă, de capătul unui lemn pe care-l descărca dintr'un camion. Lovitura a fost atât de puternică încât a fost trântit jos. Imediat a avut o hemoptizie abundentă care a durat două zile.

Examenul stetacustic descoperă o bronşită cronică cu un oarecare grad de emfizem pulmonar. Pentru a lămuri chestiunea fracturei de coaste se face o radiografie care nu arată nici o fractură. In lunile ce urmează, durerile toracice se accentuiază şi bolnavul slăbeşte progresiv; tusea este tot mai frecventă, însoţită de o expectoraţie din ce în ce mai abundentă.

In Martie 1932, vine din nou la consultaţie şi găsim leziuni importante la plămânul stâng, cu matitate şi cracmente numeroase, mai ales sub clavicula stângă. Baciloscopia e pozitivă. Radiografia arată o opacitate neomogenă ocupând jumătatea superioară a plămânului stâng. Nimic la dreapta.

Bolnavul e internat în sanatoriu, unde stă cinci luni, şi de unde iese agravat, prezentând o cavernă sub clavicula stângă şi un infiltrat nodular la vârful drept. Sucombă în Decembrie în urma unei hemoptizii fulgerătoare.

Observaţiunea II.—Ana T., în vârstă de 18 ani, practicantă la croitorie, vine la consultaţii pentru hemoptizii repetate. Antecedente fără importanţă. In Noembrie 1939, este lovită, de o colegă, cu pumnul, în partea posterioară a hemitoracelui stâng. Imediat bolnava voind să protesteze, simte că i se umple gura cu ceva cald, era o hemoptizie care a ţinut vreo 4 zile, şi a trecut în urma repaosului şi injecţiilor cu calciu.

Bolnava e destul de bine desvoltată, Greutatea 43 kgr. Toracele conformat normal. La examenul clinic, uşoare modificări respiratorii la ambele vârfuri. Radioscopic, mici opacităţi fibroase intercleido-hilare, ceva mai evidente la stânga. Baciloscopia negativă.

Nimic de semnalat din partea celorlalte organe.

Tusea accentuându-se din ce în ce, cu expectoraţie muco-purulentă şi constatând o stare de astenie progresivă, revine la consultaţii după câteva săptămâni, când găsim câteva cracmente umede la vârful stâng. Se internează într'un sanatoriu unde stă 2 luni şi unde i s'au găsit bacili Koch în spută.

Este revăzută de noi la începutul lunei Martie, când găsim cracmente seci la vârful stâng cu o respiraţie uşor suflantă. Radioscopic, opacităţi neomogene sub clavicula stângă; aceleaşi opacităţi fibroase la dreapta. Examenul sputei negativ. Viteza de sedimentare a globulelor roşii, după o oră, 11 mm.

Din examinarea atentă a acestor două cazuri putem deduce influenţa incontestabilă a traumatismului toracic în redeşteptarea tuberculozei. Rolul traumatismului este neîndoelnic. Leziunile tuberculoase redeşteptate, se suprapun sediului contuziei. Filiaţiunea dintre traumatism şi tuberculoză se poate urmări fără nici o întrerupere. Hemoptizia survenită imediat după lovitură dovedeşte ruptura pulmonară şi redeşteptarea tuberculozei latente din acea regiune. Contuzia a fost un element ocazional.

In ambele cazuri, o radiografie şi o radioscopie făcute la câteva zile după accident, n'au arătat nici o imagine de leziuni active. In ambele cazuri, tuberculoza pulmonară a apărut în mai puţin de trei luni după accident.

Chestiunea tuberculozei pulmonare post-traumatice prezintă însă şi un aspect medico-legal care, în împrejurările actuale, capătă o importanţă deosebită. *Brouardel* şi *Giroux* au declarat că accidentatul poate fi un tuberculos înaintat şi leziunile au fost agravate de traumatism, sau poate fi un individ în aparenţă sănătos, tuberculoza desvoltându-se în urma traumatismului. In primul caz responsabilitatea e limitată, traumatismul agravând fenomenele existente; în al doilea caz răspunderea e întreagă, traumatismul făcând infirm un individ în aparenţă sănătos şi valid.

După jurisprudenţa stabilită în Franţa, timpul dintre traumatism şi constatarea leziunilor tuberculoase nu trebue să depăşească 3 — 4 luni.

Rolul medicului expert, căruia i se cere să evalueze prejudiciul cauzat de un accident, este de multe ori plin de dificultăţi în cazurile de tuberculoză pulmonară post traumatică. Indatoririle medicului expert vor fi mult uşurate în cazurile când victima fusese supusă unui examen clinic sau radiologic cu puţin timp înaintea accidentului sau imediat după accident. Pe de altă parte expertul va trebui să aibă dovada reală a accidentului, importanţa, natura şi sediul traumatismului, precum şi turburările produse imediat după accident; între acestea hemoptizia are o importanţă covârşitoare, ea traducând ruperea unei leziuni latente.

Uneori este greu de apreciat timpul scurs între accident şi primele simptome de tuberculoză. Dacă, la puţine zile după accident, găsim leziuni suficient de evoluate, apare clar că rolul traumatismului e nul; cel mult el va fi putut provoca un suprapuseu evolutiv *(Duvoir)*. Dacă, din contra, leziunile tuberculoase apar mult timp după accident, problema va fi şi mai greu de rezolvat întrucât nu e posibil să precizăm, chiar cu aproximaţie, maximul de timp necesar pentru ca o tuberculoză să se manifeste.

Pentru toate aceste consideraţiuni e de dorit ca un examen radiologic să fie făcut în zilele cari urmează unui traumatism toracic ce a determinat o hemoptizie. Lipsa leziunilor evolutive va fi un argument de valoare pentru a susţine că accidentul e strâns legat de evoluţia ulterioară a tuberculozei.

BIBLIOGRAFII

L'habitation et l'alimentation paysannes de Nerej-Vrancea par Mr. le Dr. D. C. Georgescu. Directeur do l'Office d'Étude de l'Institut Central de Statistique de Roumanie.

Arzt und Laboratorium. Die chemischen und mikroskopischen Untersuchungsmethoden und ihre Verwetung am Krankenbett (Medic şi laborator. Metodele de cercetare chimice şi microscopice şi aplicarea lor la patul bolnavului) von Dr. Hellmut Marx, Chefartz der Inneren Abteilung der Krankenanstalten in Bethel bei Bielefeld. 1 volum 164 pag. şi 16 figuri. *Georg Thieme*, Verlag, Leipzig 1939. RM. 6 (cartonat). Reprezentant pentru România, Librăria medicală H. Welther, S.biu, str. Regina Maria Nr. 28.

Prin înmulţirea şi confecţionarea continuă a tehnicei biochimice, mânuirea metodelor de laborator şi evaluarea rezultatelor obţinute, prezintă o reală dificultate pentru clinician, ca şi pentru medicul practician în genere. De aci rezultă cele două atitudini extreme ale medicilor, faţă de laborator: sau o primejdioasă supraestimare sau o reegretabilă desconsiderare.

Adevărul e, ca de obicei, la mijloc. Laboratorul este un auxiliar preţios de cele mai multe ori indispensabil, al clinicei, pentru stabilirea unui diagnostic precis.

Autorul expune clar şi concis cele mai importante şi mai uzuale metode de laborator, într'un spirit de actualitate practică.

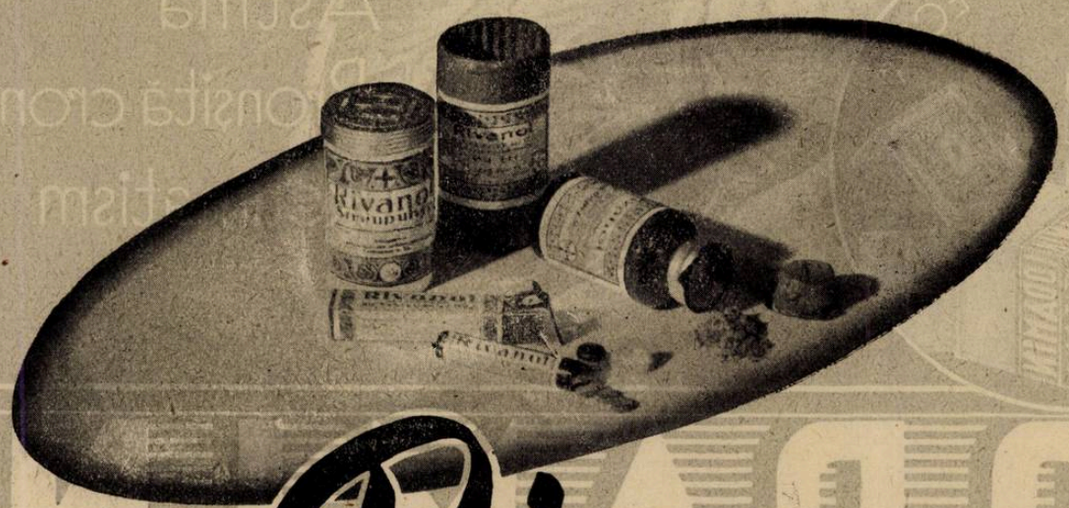
Médicaments antianémiques et anémies expérimentales par le Docteur Jean Cheymol Docteur és sciences pharmacien des hopitaux de Paris assistant a la Faculté de medecine. Préface du Professur René Hazard. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 102 pagini . . . . . 0,50 dolari

In mai puţin de 20 de ani, terapeutica antianemică s'a îmbogăţit cu elemente foarte active ca: preparatele de ficat, stomac, intestin, acizii aminaţi specifici. Acest progres se datoreşte în primul rând şcoalei americane, prin experienţe pe animale.

Din laboratoarele experimentale aceste experienţe au trecut în cele industriale, pentru a se controla eficacitatea şi pentru a se etalona activitatea antianemică şi antipernicioasă a medicamentelor noui în raport cu un test ales.

Cari sunt rezultatele obţinute? Autorul le expune în ansamblul lor, pe larg, cu competenţa experimentatorului versat.

Antisepticul chimioterapeutic



Rivanol

pentru antisepsia profundă şi superficială a plăgilor; contra tuturor cocilor supurativi

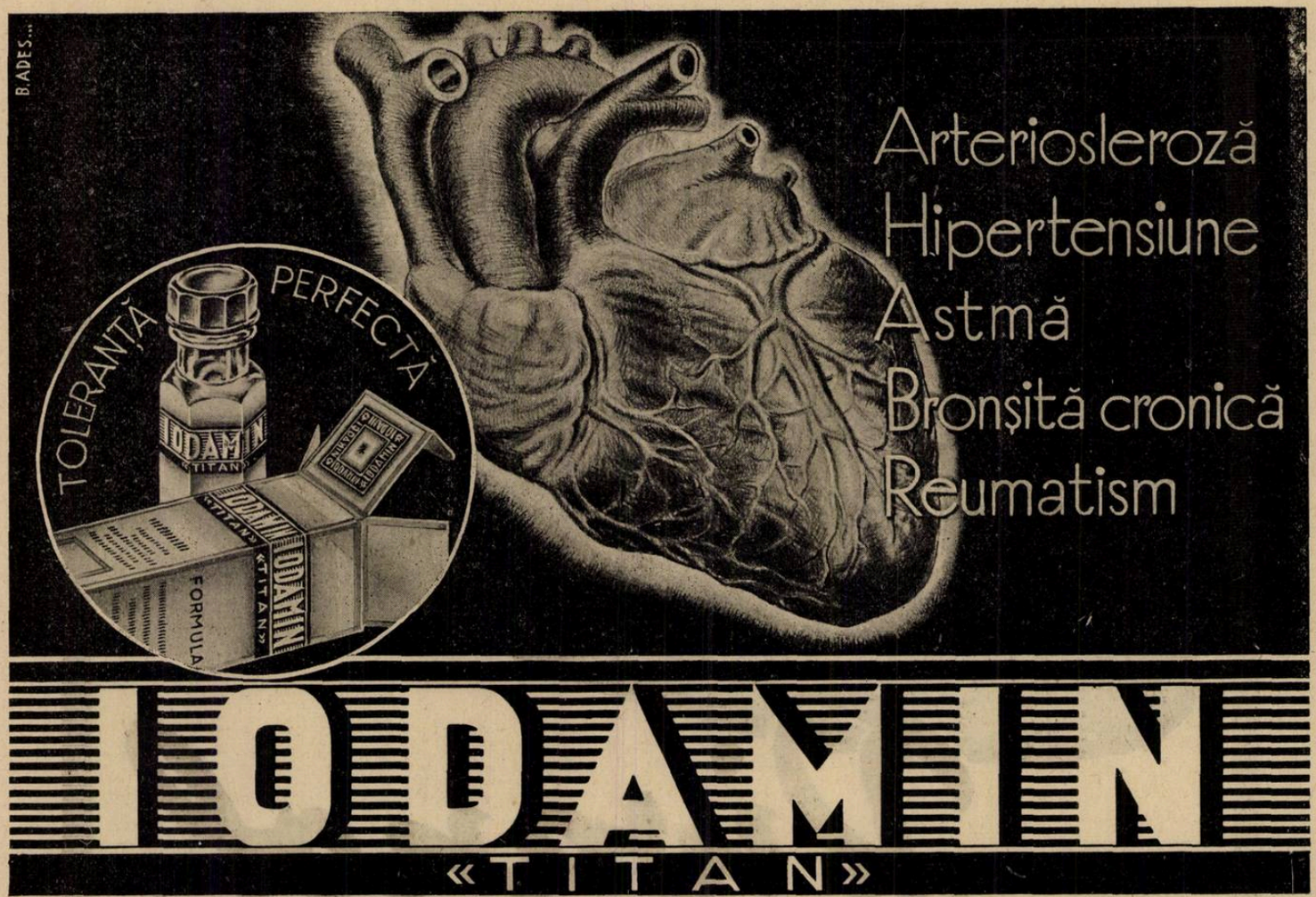
In procese infecţioase şi supuraţii localizate injecţiuni circulare, irigaţiuni şi tamponări.

Prezentaţiune: Substanţă/Tablete/Pudră $2^1/_2{}^0/_0$ Soluţie $1^0/_0$

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei de Asigurări Sociale din România.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 3-722.



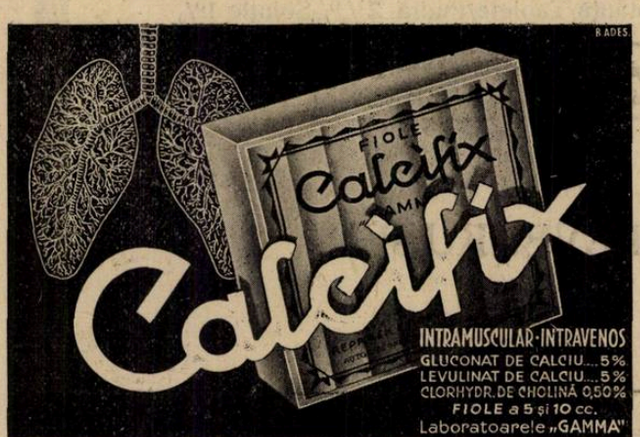
IODAMIN

«TITAN»

ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

CHIRURGIA DE RĂZBOI

de Dr. I. FĂGĂRĂSANU

Războiul modern este un război totalitar. Militari şi civili, femei şi copii, infirmiere şi bolnavi, sunt deopotrivă de expuşi. Nu mai există front: frontul este peste tot.

In faţa acestor realităţi atât de crud dezvăluite în războiul din Spania, în Polonia, în Finlanda, etc. nu este veme să facem încriminări şi nici lamentări cari nu ar folosi la nimic. Trebue să ne oţelim în ideia iminenţei pericolului şi să ne educăm în sensul unei stoice rezistenţe fizice şi unei perfecte discipline morale.

Oamenilor de ştiinţă le revine în primul rând sarcina de a se informa şi de a se instrui pe cont propriu, fiecare în specialitatea lui, asupra problemelor în legătură cu apărarea naţiunei în timp de război.

In ce priveşte medicina de război, Academia de Medicină din România, după propunerea d-lui prof. *Danielopol*, luat încă din 1937 iniţiativa de a publica în Buletinele ei cât mai multe lucrări cari să difuzeze în masa publicului medical cele mai recente achiziţii în această materie. Până acum au apărut rapoartele d-lor: medic col. *Bălănescu*, eminentul specialist în gaze de luptă şi apărare pasivă, care a făcut o interesantă şi documentată expunere asupra pericolului aerian, gazele de luptă şi terapeutica gazaţilor; medic col. *Gilorteanu*, distinsul chirurg al spitalului militar «R. E.», despre tratamentul plăgilor de război; general medic *C. Suhăţeanu*, inspectorul general al serviciului sanitar al armatei, asupra profilaxiei maladiilor contagioase în cadrul naţiunii armate (2 rapoarte); prof. *Ionescu-Matiu*, asupra gazelor de luptă, din punct de vedere chimic, industrial şi naţional, etc etc.

Societatea de Chirurgie din Bucureşti a luat deasemenea iniţiativa de a încredinţa dezvoltarea unor rapoarte relative la principalele capitole ale chirurgiei de război, unora dintre membrii săi cu mai multă experienţă: d. prof. *Iacobovici* a expus schema unui «vade mecum» de chirurgie de război; d. agregat *Jianu* a tratat chestiunea transportului răniţilor; d-nii *P. Topa* şi *Gilorteanu*, tratamentul fracturilor în timp de război; d. *Bagdasar*, tratamentul plăgilor cranio-cerebrale, etc.

Literatura medicală s'a îmbogăţit în ultima vreme cu câteva lucrări importante privind chirurgia de război; Menţionez, pentru aceia dintre colegi cari ar dori să se documenteze: Cartea colonelului medic *Ch. Clavelin*, în limba franceză şi tratatele de chirurgie de război ale lui *Franz* şi a lui *Borckhard* şi *Smieden*, în limba germană.

S'a spus despre chirurgia de război că nu trebue să fie considerată ca o chirurgie aparte, că nu există decât o singură chirurgie. După medicul-colonel *Ch. Clavelin*, autorul manualului de chirurgie de război pomenit mai sus, care face această afirmaţiune, chirurgia de război s'ar deosebi totuşi de chirurgia din timp de pace prin: 1) natura specială a traumatismelor; 2) prin starea de şoc în care se găsesc mai totdeauna răniţii şi 3) prin condiţiunile neobişnuite în care este pus chirurgul chemat să dea îngrijirile sale. Credem că aceste deosebiri sunt suficiente ca să justifice nevoia de a considera chirurgia de război ca o «specialitate» care trebueşte învăţată din vreme, cu atât mai mult cu cât numărul răniţilor şi importanţa leziunilor creşte la fiecare nou război, lucru care impune chirurgilor un efort din ce în ce mai mare. Aceste câteva cifre sunt edificatoare:

In războiul Crimeei, Francezii şi Englezii la un loc au avut aproximativ 65.000 răniţi.

In războiul din 1870, Germanii singuri au avut 116.000 răniţi.

In războiul 1914 — 1918 Germanii au avut 5.587.000 răniţi, iar Francezii, Englezii şi Americanii la un loc 6.450.000, ceeace face un total de 12.000.000 răniţi numai pe frontul de vest, în timp de 4 ani.

In războiul care se desfăşoară actualmente în occident aceste cifre vor fi cu siguranţă depăşite cu mult. Aceasta ne dă de pe acum să înţelegem ce va însemna efortul cerut chirurgilor.

Acest efort va fi el eficace?

Din fericire, progresele medicinii în general şi ale chirurgiei în special, apariţia unor arme terapeutice noui, cum este anatoxina tetanică, serul antigrenganos, antiperitonitic şi antistreptococic, sulfamidele, etc., necunoscute în timpul războiului trecut, ne dă dreptul să sperăm acest lucru.

Dar în proporţia în care a progresat medicina şi chirurgia, au progresat şi mijloacele de distrugere: de unde în timpul războiului din 1870 dintre Franţa şi Germania, 70—90% din răniţi prezentau plăgi provocate de gloanţe, în războiul din 1914 — 1918 proporţia de răniri produse de proiectile de artilerie şi grenade se urcă la 75%, iar rănirile prin glonţ de infanterie s'au redus la 23%. Cu toată gravitatea leziunilor provocate de proiectilele de artilerie şi grenade, mortalitatea globală în loc să crească, cum ar fi putut crede, a scăzut:

In războiul Crimeei, de exemplu, 35% din răniţi au murit în urma plăgilor primite.

In războiul din 1870 — 1871 mortalitatea scade pentru ambii beligeranţi, la aproximativ 25%. In timpul războiului mondial, cu toate perfecţionările armamentului şi gravităţii leziunilor, mortalitatea pe frontul de vest nu a depăşit 20% din totalul răniţilor. Dintre aceştia 15% au căzut pe câmpul de luptă şi numai 5% au fost pierduţi mai târziu, după internarea în spitale.

Dacă comparăm aceste cifre cu cele din războaiele anterioare, în care mortalitatea imediată era mică, dar cea tardivă era mare, nu ne putem opri de a crede că acest lucru se datoreşte perfecţionărilor aduse mijloacelor de transport şi evacuare a răniţilor şi mai ales progreselor realizate de chirurgie şi de ştiinţa medicală în genere.

Tratamentul chirurgical al plăgilor de războiu a trecut în cursul războiului trecut, prin mai multe perioade. La exitările perioadei de la început, când plăgile erau tratate prin *expectativă*, a corespuns o hecatombă de gangrene gazoase şi de amputaţii, cari ar fi putut fi evitate cu o debridare largă a focarelor anfractuoase, cu excizia ţesuturilor mortificate, cu extracţia timpurie a corpurilor străini. Dar aceste măsuri au fost târziu aplicate în mod obligator de toate formaţiunile chirurgicale, fiecare chirurg mulţumindu-se să facă aşa cum i se părea că este bine.

Prof. *A. Gosset* a expus în faţa Academiei de chirurgie din Paris, în ziua de 6 Septembrie 1939, circumstanţele cari au condus la remedierea acestui neajuns. A trebuit să intervină o personalitate cu totul în afara medicinei. Acesta a fost *Lloyd George*.

Intervenţiunei acestui bărbat de stat se datoreşte înfiinţarea *conferinţelor medicale interaliate*, cari au avut ca prim efect, standardizarea tratamentelor chirurgicale aplicate plăgilor de război.

Aceasta a fost cu atât mai necesar cu cât la abstenţionismul dela început a urmat o perioadă de intervenţionism excesiv: *Gaudier (din Lille)* şi *Lemaître* au preconizat şi au executat pe o scară foarte întinsă, *excizia plăgilor* urmată de *sutură imediată*, bazându-se pe experienţele lui *Friedrich* pe animale, care tindeau să demonstreze că excizia unei plăgi infectate cu pământ se vindecă prin primă intenţie dacă această excizie este făcută în primele şase ore care urmează inoculării. Condiţiunile experimentale sunt cu totul departe de ceeace se întâmplă însă într'o plagă de război, în care traectele sunt antfractuoase, ţesuturile devitalizate şi pământul, murdăria adunată în stofa hainelor şi bucăţile de proectil, pătrunse în profunzimea plăgilor.

Rezultatele metodei nu au putut fi decât dezastruoase în mâini neexperimentate. Metoda îşi păstrează însă toată valoarea dacă este întrebuinţată

cu discernământ de chirurgi cu mare experienţă, ceeace nu este întotdeauna cazul la formaţiunile din imediata apropiere a frontului, acolo unde ajung răniţii în primele 6 ore.

A urmat în mod natural a reacţiune contra suturei primitive. *Pierre Duval* a preconizat *sutura primitivă întârziată*, care constă în a trata plaga în doi timpi: debridarea, curăţirea plăgii, excizia ţesuturilor mortificate şi extracţia corpilor străini, cu lăsarea plăgii complect deschisă într'un pansament aseptic timp de 3 — 4 zile, după care, dacă nu au survenit fenomene infecţioase, se suturează plaga. In felul acesta se pot obţine vindecări într'un timp scurt, fără riscurile suturei primitive. Când plaga nu evoluiază aseptic, atunci sutura întârziată nu poate fi făcută. Ea rămâne să fie făcută *secundar*.

Dar majoritatea plăgilor prin schije de obuz, bombe de avion, sau grenade se însoţesc de fracturi cominutive deschise, grave, In aceste cazuri tratamentul fracturei trebueşte făcut în acelaşi timp cu tratamentul plăgii.

Acest tratament al fracturilor deschise a rămas unul din punctele cele mai negre ale chirurgiei în genere şi ale chirurgiei de război în special. Se poate spune cu drept cuvânt că în războiul trecut nici un mijloc de imobilizare pentru transportul şi tratamentul acestor răniţi nu a dat rezultate mulţumitoare, toate atelele şi aparatele propuse fiind greu de procurat, greu de suportat de bolnavi şi mai ales greu de împăcat cu nevoia unor pansamente repetate. Războiul civil din Spania a adus o inovaţie în această privinţă, inovaţie care ar constitui — după părerea chirurgilor spanioli — un mare progres.

Această metodă inaugurată de Lörr şi întrebuinţată de profesorul *Bastos* dela Madrid, se inspiră de o veche practică a lui *Ollier* şi consistă în imobilizarea şi ocluziunea fracturilor deschise în aparate gipsate circulare, după excizia prealabilă a plăgii şi reducerea facturii. Aparatul gipsat este aşezat pe plaga larg deschisă, cu sau fără interpunerea unui pansament şi fără a se fenestra aparatul.

Se imobilizează în felul acesta atât fractura cât şi plaga, *care nu se pansează niciodată*, drenajul plăgii, făcându-se la nivelul aparatului gipsat, care are proprietăţi absorbante.

Intr'un articol apărut de curând în «Journal de Chirurgie (t. 55, no. 1, 1940), *Soulié şi Linares* aduc rezultatele lor obţinute în Spania pe 389 răniţi, trataţi cu această metodă, cu cele mai bune rezultate. După aceşti autori, avantajele metodei ar fi următoarele:

1) Temperatura dispare între a 4-a şi a 6-a zi dela aplicarea aparatului gipsat. Starea de intoxicaţie şi turburările consecutive absorbţiei produselor de desintegrare ale focarului fracturei deschise dispar în 6 — 15 zile.

2) Imobilizarea riguroasă a osului fracturat ca şi a părţilor moi diminuă timpul necesar formării calusului şi cicatrizării plăgii.

3) Imobilizarea şi drenajul focarului de fractură şi a plăgii împiedică propagarea infecţiei; se suprimă astfel posibilitatea formării limfangitelor, celulitelor şi flegmoanelor, atât de frequente după astfel de plăgi.

4) Suprimarea pansamentului zilnic evită deasemenea propagarea infecţiei.

5) Cura «oclusivă» permite tratamentul ambulator al fracturilor. In felul acesta atrofia musculară este evitată, se ameliorează circulaţia, se ameliorează starea generală, fizică şi morală a pacientului.

6) La scoaterea aparatului gipsat nu se constată de obiceiu nici anchiloze, nici rigiditate articulară (cu condiţiunea ca articulaţiunile distală şi proximală să fi fost imobilizate în poziţie corectă) şi nici pseudartrose.

Trebue acordată acestei metode o mare atenţie, deoarece aplicată în anumite condiţiuni de prudenţă, cu respectarea contraindicaţiilor (leziuni nervoase şi vasculare, plăgi ameninţate de gangrenă gazoasă, plăgi care nu au fost suficient excizate, fracturi cari au nevoie de extenziune continuă, fracturi rău reduse, etc.), poate da cele mai bune rezultate, fiind economică şi expeditivă, economisind pansamentele şi scutind pe bolnav de chinurile ţintuirii în pat şi de calvarul unei rele imobilizări a focarului de fractură.

S'a spus cu drept cuvânt că experienţa trecutului se uită uşor. Acest exemplu, citat de *Soulié şi Linares*, arată că în războiul din Spania s'a reluat experimentarea tuturor metodelor, fără ca să se ţină seama de învăţămintele din războiul 1914—18:

In luna Iulie 1936 au căzut la Barcelona un mare număr de răniţi. Elementele comuniste au fost internate în clinica Facultăţii de medicină, centru mare chirurgical, unde au fost trataţi mai toţi cu sutură primitivă. A urmat o adevărată catastrofă: numeroase gangrene gazoase şi şi mai numeroase amputaţii.

Răniţii militari au fost internaţi în Spitalul Militar, un centru chirurgical de mică importanţă; toţi răniţi au fost trataţi cu excizia plăgilor, dar fără sutură primitivă; nici un caz de gangrenă gazoasă. Ceva mai târziu, în luna August, o ambulanţă a Crucei Roşii Engleze venind din Abisinia, cuprinzând un personal chirurgical select şi dotată cu un material cu totul modern, a fost pusă la dispoziţia armatei republicane. Un mare număr de răniţi se îndreptau spre această ambulanţă luxoasă. Chirurgii englezi tratau însă plăgile membrelor prin badijonaje cu iod sau mercuro-crom şi espectativă. Rezultatul a fost, după propria lor mărturisire, că în mai mult din 80% din cazuri a apărut gangrena gazoasă, ceeace a atras numeroase amputaţii şi a avut drept efect că răniţii refuzau apoi să fie internaţi în această ambulanţă.

In ce priveşte tratamentul plăgilor craniocerebrale de război, s'a deschis la Academia de Chirurgie din Paris o discuţiune foarte aprinsă între partizanii a două metode: neurochirurgii, în frunte cu *Clovis Vincent* şi *Thierry de Martel*, au susţinut în comunicatele lor că orice plagă cerebrală trebueşte tratată după regulile neuro-chirurgicale, făcându-se în toate cazurile un volet cranian în dreptul plăgii sau de partea opusă pentru a face excizia ţesutului cerebral devitalizat şi a extrage corpii străini pe cel mai scurt drum.

Această propunere a întâmpinat rezistenţa majorităţii chirurgilor, membrii ai Academiei, în frunte cu *Pierre Duval*, *Chevassu* şi *Rouvillois*, inspectorul general al serviciului sanitar al armatei franceze, care au fost de părere că acest tratament nu poate fi aplicat decât în rare cazuri, la formaţiunile din imediata vecinătate a frontului, din cauză că răniţii de război sunt de obicei foarte şocaţi şi în imposibilitate de a suporta o operaţiune atât de importantă, cum este craniectomia. Pentru ei vechea metodă a exciziei cicatricei cutanate cu eschilectomie economică şi căutarea corpului străin dealungul traectului intracerebral, rămâne metoda de preferat.

Discuţia a rămas încă deschisă.

Am trecut în revistă câteva din aspectele problemelor cari se pun chirurgilor în timp de război.

Aceste probleme sunt multiple şi nu este locul să le desvoltăm aci; ele vor fi găsite pe larg expuse în lucrarea care a fost pusă sub tipar de către Academia de Medicină. Voi menţiona în treacăt numai, problema şocului traumatic, care a făcut obiectul unor cercetări recente (Varangot), din care ar rezulta că una din secreţiunile interne ale suprarenalei, *cortina*, ar juca un mare rol în apariţia acestui sindrom. Poate că nu suntem departe de timpul când un preparat sintetic cu formula cortinei (astăzi foarte greu de procurat) va putea fi pus la îndemâna chirurgilor, pentru combaterea acestui sindrom atât de omorâtor.

Problema transfuziunilor sanguine, graţie ideii lui *Judine*, care a preconizat întrebuinţarea sângelui conservat (dela vii şi dela morţi), graţie stabilirei din vreme a grupelor sanguine şi a unei armate de donatori, pare definitiv pusă la punct pentru armatele din Occident.

Ar fi păcat ca la noi să nu fie la fel, cu atât mai mult cu cât avem specialişti de elită şi unul din cele mai bune aparate de transfuzie dintre câte cunosc este invenţia unui medic militar român.

CHOPHYTOL

Laboratoires G. Edgard-ROSA Paris XVII-e

Extras din „Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris"

(Şedinţa din 6 Iulie 1934, N. 24)

„1) Serul sanguin nu este decât un intermediar între ţesuturi şi emunctorii: el nu este întotdeauna un martor al vieţii intime a ţesuturilor;

2) Clinica, proba regimului pot face să se bănuiască o retenţie tisulară, care nu este tradusă prin analiza serului;

3) Stimularea celulei hepatice şi a eliminărilor biliare şi renale sub influenţa *injecţiilor* intravenoase *cu principiul cristalizat de Cynara* poate să pună în evidenţă retenţia tisulară şi să o influenţeze în mod favorabil".

Léon TIXIER şi Marcel ECK

EXTRACT SIC, PURIFICAT, DESALBUMINAT, TITRAT, STABILIZAT, STANDARDIZAT

din frunză proaspătă de anghinară (Cynara Scolymus, Artichaut cultivé)

TONIC AL FICATULUI, DIURETIC, COLERETIC, FAVORIZANT AL METABOLISMULUI AZOTULUI, COLESTEROLULUI ŞI AL APEI

INJECŢII - DRAGEE - PICĂTURI

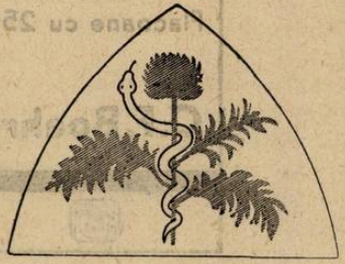
1—2 pe zi | 6—12 pe zi | 30—120 pe zi

Literatură şi eşantioane medicale trimite la cerere:

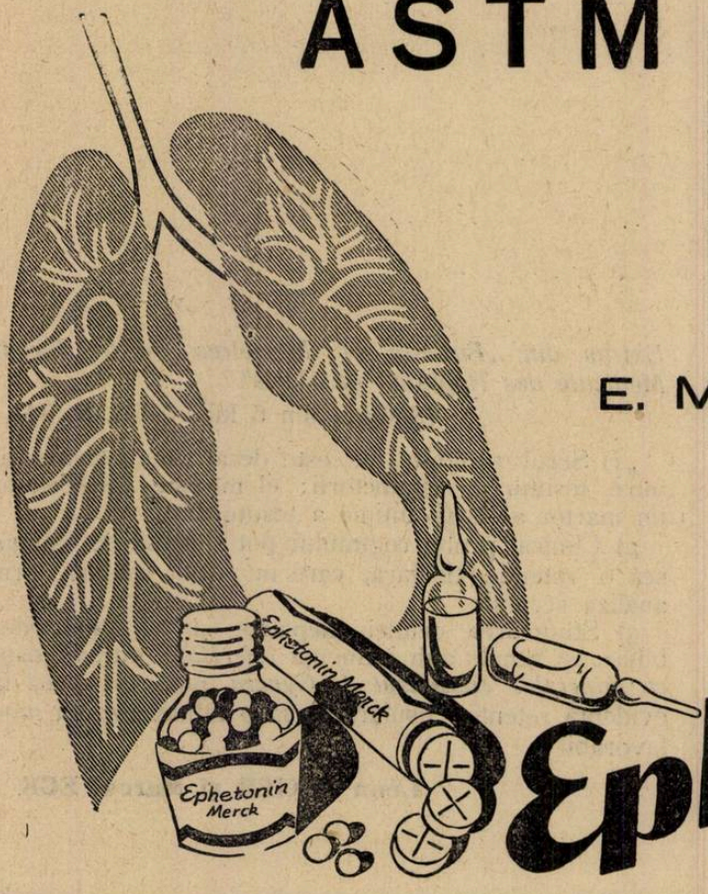
Farm. G. SIMONIU, Bucureşti III

Bulev. Vintilă Brătianu (Dacia) No. 5

Telefon 2.79.50



ASTM BRONȘIC



și alte maladii alergice
(urticarie, exantem seric etc.)

Bronșită, hipotensiune

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanța generală:
CHIMIROMAN, Farmacist LIVIU BANCU
BUCUREȘTI I, Str. T. G. MASARYK No. 32

Ephetonin
Merck

Tablete, Perle Fiole, Substanță

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică, rapidă
Scurtează timpul boalei

Forme de prezentare:
Tuburi cu 12 dragele
Flacoane cu 25 dragele

Cistite
Pielite
Prostatite

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III., Str. G-ral Er. Grigorescu 6

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TRATAMENTULUI cu SUPRIFEN

de Docent Dr. STOIA și Int GACHI

Fiecare medic practician întâlnește în practica sa cazuri de colaps sau de șoc... In timp ce patologia experimentală propune o separație netă între coeficientul periferic și nervos al șocului și colapsului, unii autori, cum este *Canon*, afirmă că șocul și colapsul în practică nu se pot deosebi; ceeace se poate spune sigur este, că colapsul rezultă din dezechilibrul de umplere și golire a aparatului circulator. *Griesinger, Pfeiffer, Virschov, Naunyn* și *Quincke* au căutat să separe colapsul de insuficiența acută a inimei. In colaps avem paliditatea feței, inima este în general normală și venele sunt neangorjate, pe când din contra în insuficiența acută cardiacă dreaptă găsim cianoza feței, venele angorate și hipertrofie cardiacă. *Romberger* și *Paessler* susțin că în colaps este vorba de o paralizie a centrului vazo-motor din bulb. *Eppinger, Wollheim, Brandt și Dickhoff* etc. au arătat, că cantitatea de sânge circulant este diminuată în colaps, fiind imobilizată și înmagazinată în regiunea splachnicului, în ficat și plămâni. I colaps inima nu se umple complect cu sânge venos, neavând o regulare a debitului sanguin. In colaps avem doi factori principali: circulația periferică și muschiul cardiac. Tratamentul principal în colaps este de a face să mărim cantitatea de sânge circulant prin punerea în circulație a depozitelor sanguine înmagazinate în ficat și plămâni. Prin aceasta ajungem să mărim amploarea pulsațiilor cardiace și să normalizăm tensiunea, făcând să dispară simptomele de hipotensiune arterială, ca oboseala generală, greutatea articulară, depresiunea, palpitația, insuficiența respiratorie și ametelile. In clinică avem nevoie de medicamente de acest fel. Ca medicament clasic a rămas adrenalina, totuși progresele științifice, au adus pe tapet efedrina, iar în ultimii ani cercetările clinice aprofundate au dat la iveală oxi-efedrinele din care fac parte și preparatul *Suprifen*.

Suprifen-ul are o acțiune rapidă, cu efecte vasculare sigure. Este un cardiotonic remarcabil, îndeplinind toate condițiunile unui tonic vascular.

Din punct de vedere chimic *Suprifen*-ul se situiază între adrenalină și efedrină. El este o pulbere albă, solubilă în apă amestecată cu alcool. In clinică ni se prezintă sub formă injectabilă, în fiole de 2 cmc, soluția apoasă 1%, sau în flacoane picătoare soluția apoasă de 10%. Prin experiențe aprofundate s'a ajuns la concluzia că toxicitatea sa e mult mai mică decât cea a efedrinei.

Suprifenul stimulează activitatea cardiacă, provoacă dilatarea coronarelor, ceeace permite o oxigenare mai bună a mușchiului cardiac și ridică tensiunea arterială anormal scăzută; are deci o acțiune regulatoare importantă asupra sistemului circulator.

Proprietățile de mai sus, îl fac întrebuințabil în hipotensiunea arterială post operatorie, în eminență de colaps cardiac, în insuficiență cardiacă cu aritmii, acțiunea sa fiind rapidă și persistentă.

Prin proprietățile sale vasodilatatorii și antispasmodice asupra coronarelor și bronșiilor, precum și prin acțiunea sa diuretică, se întrebuințează în afecțiunile cardiace și cardio-pulmonare, acute și cronice. E contra-indicat în cardiopatii organice grave, unde forța miocardului e slăbită; în aceste cazuri el poate fi întrebuințat împreună cu digitala sau strofantina.

* * *

Punânduni-se la dispoziție de către casa «Bayer» o cantitate de *Suprifen* injectabil și per os, l'am întrebuințat pe un număr de 29 de cazuri, urmărind efectele sale. Am întrebuințat *Suprifen*-ul la cardiaci cu hipotensiune arterială și cu insuficiență cardiacă evidentă, în afecțiunile pulmonare acute, în astenii, în convalescență și după maladii infecțioase la cei cu hipotensiune.

In maladiile cardiace nu l'am întrebuințat dela început, ci după ce bolnavii au fost tratați cu purgative, diuretice și digitală; după câteva zile de tratament, dacă fenomenele subiective și obiective au perzistat, atunci am adăogat și tratamentul cu *Suprifen*. In toate cazurile am observat pe lângă ridicareea rapidă și persistentă a tensiunii arteriale, o stare generală bună, cu dispariția insuficienții respiratorii, bolnavul având un somn liniștit, diureza mărindu-se și pulsul normalizându-se. La toate celelalte maladii indicate mai sus, administrarea *Suprifen*-ului a ridicat evident tensiunea arterială, ameliorând starea generală a bolnavilor.

Din lipsa de spațiu nu vom da din cele 29 observații ale noastre de cât patru.

Obs. I. — Bolnavul S. A., de 30 ani, se internează în serviciul medical pe ziua de 16.II.1939, pentru:

Palpitații, dispnee de efort, tuse cu expectorație muco-purulentă, oedeme la membrele inferioare, afebril.

A. H. C. *Nimic important.*

A. P. idem.

Istoricul maladiei: Fenomenele de mai sus au început cum trei săptămâni cu tuse și expectorație muco-purulentă, palpitații. După câteva zile au apărut oedemele la membrele inferioare și cantitatea de urină a scăzut simțitor.

Starea prezentă: bolnavul are dispnee de efort și decubitus, cianoza extremităților și oedeme moi ale membrelor inferioare.

Aparat respirator. Raluri de bronșită pe tot câmpul pulmonar, submatitate la baze cu raluri subcrepitante și frecături pleurale.

Cord și vase. Cord mărit de volum în toate dimensiunile, la auscultație se constată un suflu sistolic la vârf, cu propagare sub axila stângă, din când în când câte o extrasistolă. Puls neregulat accelerat de 120 pulsații pe minut. Tensiunea arterială 10½ maxim cu 7 mm. Se pune diagnosticul de bronșită cronică, insuficiență mitrală, asistoliei.

Se tratează bolnavul prima zi cu ventuze scarificate și purgative, a doua zi se administrează diuretice și digitală, și se continuă tratamentul acesta timp de patru zile, în care se observă o ușoară ameliorare a fenomenelor de mai sus, însă perzistă dispneia și oliguria, pulsul rămânând accelerat. A patra zi se face în plus și câte o injecție de «Suprifen» dimineața și una după masă; după administrarea «Suprifen»-ului s'a ridicat tensiunea arterială dela 10½—7 la 11½—7 după; ojumătate oră dela injecție, pulsul a devenit mai bine bătut, iar starea generală a bolnavului s'a ameliorat simțitor.

A doua zi cantitatea de urină a crescut; după șapte zile de tratament cu «Suprifen», bolnavul fiind complect restabilit, se întrerupe tratamentul și a noua zi starea lui generală fiind bună, tensiunea arterială menținându-se ridicată, el părăsește spitalul.

Obs. II. — Bolnavul R. G. de 39 de ani se internează pe ziua de 8 Martie 1939 pentru: Dispnee de efort și decubitus, oedeme la membrele inferioare, palpitații.

A. H. C. Nimic important.

A. P. Reumatism la 14 ani.

Istoricul maladiei actuale. Boala actuală datează de câteva luni de zile; a început cu dureri precordiale, dispnee la efort, iar după câteva săptămâni simptomele de mai sus se accentuiază și apar oedeme la membrele inferioare.

Starea prezentă: Aparat respirator. Modificări respiratorii la ambele vârfuri, raluri de bronșită cronică pe tot câmpul pulmonar, iar la baze se aud raluri de congestie pasivă.

Cord și vase. Cordul mărit de dimensiuni. La auscultație se constată un suflu presistolic la mitrală, cu dedublarea celui de al doilea zgomot, puls accelerat 130 pe minut, tensiunea arterială 10 mx. 7 mn.

Ficat: Mărit de volum dureros.

Se tratează bolnavul cu ventuze scari-

ficate, diuretice şi digitală. A şasea zi fenomenele perzistând, se adaogă şi «Suprifen», câte două injecţii pe zi. După câteva zile de tratament, starea bolnavului se ameliorează simţitor, cantitatea de urină s'a dublat, pulsul a revenit la normal, tensiunea arterială s'a ridicat dela prima injecţie cu un grad maxim. S'a continuat tratamentul încă opt zile, după care bolnavul fiind complect restabilit, se întrerupe tratamentul; iar a 17-a zi părăseşte spitalul complect restabilit cu diagnosticul de stenoză mitrală, ameliorat.

Obs. III. — Bolnavul D. M., funcţionar, de 26 ani, se internează pentru: dureri în hemitoracele drept, febră ridicată, dispnee şi tuse cu expectoraţie muco-purulentă.

Starea prezentă: Bolnavul cu stare generală rea, herpes labial, limba uscată, apetit diminuat, cantitatea de urină scăzută.

Aparat respirator: Matitate în regiunea para-hilară dreaptă, cu vibraţiile mărite, iar la auscultaţie un suflu tubar cu câteva raluri subcrepitante. La baza stângă raluri de congestie.

Cord tahicardic, puls accelerat 130 pe minut, slab, tensiunea arterială 10—4½

Ficat mărit, uşor dureros. Se pune diagnosticul de congestie pulmonară dublă şi se face tratamentul adequat. După două zile starea generală menţinându-se rea, turburările cardiace perzistând, se mai adaogă la tratamentul lui şi «Suprifen», zilnic două injecţii; după jumătate de oră dela administrarea «Suprifen»-ului, tensiunea arterială se ridică la 11½ — 6 şi se menţine ridicată, pulsul fiind mai bine bătut, starea generală a bolnavului este mai bună şi a doua zi se observă o mărire a cantităţei de urină cu 300 gr. Bolnavul a avut un somn mai liniştit. Continuându-se tratamentul şi în zilele următoare, bolnavul s'a restabilit complect iar a 16-a zi părăseşte spitalul, tensiunea arterială la plecare menţinându-se la 11½ — 6

Obs. IV-a. — Bolnava T. M., de 26 ani, necăsătorită, servitoare, vine la serviciul nostru pentru:

1) Dureri în hemitoracele drept.

2) Tuse cu expectoraţie muco-purulentă ruginie.

3' Febră.

A. H. C. fără importanţă.

A. P. Pojar în copilărie, amigdalite repetate.

Istoricul maladiei actuale: Boala actuală a debutat acum şase zile printr'un junghiu în hemitoracele drept, urmat apoi de febră şi transpiraţie. Din prima zi a început să tuşească şi să expectoreze o spută ruginie. Tot în prima zi bolnava ne spune că, a avut vărsături biliare abundente, vărsături cari s'au repetat în zilele următoare.

In hemitoracele drept se constată la examen, matitate, raluri crepitante, suflu tubar; se pune diagnosticul de pneumonie dreaptă.

Se face tratamentul adequat, dar a 7-a zi se mai adaogă în plus o injecţie de «Suprifen» după masă; chiar după jumătate de oră dela administrarea «Suprifen»-ului, tensiunea arterială se ridică dela 10½ — 6 la 11 — 6, pulsul se normalizează după două zile, starea generală a bolnavei s'a îmbunătăţit simţitor, tensiunea arterială menţinându-se la 11 — 6.

Din cele 29 de cazuri în care l'am întrebuinţat, am ajuns la concluzia că *Suprifen*-ul este un preparat bun şi cu efect sigur în toate maladiile cardiace amintite mai sus, cardio-pulmonare cu hipotensiune, precum şi în toate stările infecţioase şi post-infecţioase, în convalescenţă, în astenie, ridicând tensiunea arterială şi tonificând cordul, dând bolnavilor o ameliorare destul de evidentă; trebue însă să fie asociat şi cu digitala sau strofantina.

Starea prezentă: tachicardie, hipotensiune, faces vultuos, cianotic, febră.

PANSTERINA IN CHIRURGIE

de **Dr. DEM. THEODORESCU**
Chirurg secundar

şi

Dr. GH. AL. DOBRESCU
Intern

Dac'ar fi să aruncăm o scurtă privire asupra evoluţiei antisepticilor şi asupra fazelor prin care a trecut antisepsia până la asepsie — încă din secolul IX-lea cu Alock, O. W. Holmes, *Semmel Weiss*, *Chevreuil*, *Waston*, etc. — până azi, încă după vremea când antisepsia însemna într'adevăr lupta contra putreziciunei (anti-septicos) — am vedea că toate încercările de a găsi cel mai bun mod de antisepsie ca şi cel mai ideal antiseptic, au avut la bază un principiu care a rămas până azi acelaş şi anume: *antisepticul să fie cât mai puţin nociv şi să aibe o putere terapeutică maximă şi de lungă durată.*

Sunt peste 30 ani de când *Grossich* dela Fiume (1907) introduce tinctura de iod în chirurgie.

Sunt peste 30 ani de când acest antiseptic s'a generalizat întrebuinţându-se pe o scară destul de întinsă, făcându-şi până acum dovada necontestată a calităţilor lui. La noi în ţară nu există doctor care să nu fi lucrat cu tinctura de iod, şi cred că, nu exagerez când afirm că nu există casă în care să nu fie un flacon cu t-ră de iod.

In această situaţiune, să vii să vorbeşti de un antiseptic nou, — relativ nou pentrucă există încă de 9 ani — şi mai ales de unul care are pretenţia să înlocuiască total t-ra de iod, ca fiind calitativ şi practic mult superior ei, este să forţezi voit atenţia medicilor şi să înfrunţi adesea zâmbete neîncrezătoare.

In serviciul de chirurgie dela spitalul Pantelimon, tinctura de iod a fost total înlocuită prin pansterină.

Trebue să mărturisim că în virtutea obişnuinţei, chiar din prima zi în care am intrat în acest serviciu ne-a lipsit t-ra de iod şi atunci ne-am propus să studiem calităţile şi avantajele întrebuinţării pansterinii asupra iodului.

Pansterina este singurul antiseptic ce-l întrebuinţăm pentru pregătirea câmpului operator şi a celui de anestezie rachidiană. Este un antiseptic ideal de suprafaţă şi de profunzime.

Din punct de vedere chimic, pansterina — aşa cum o găsim în comerţ — este o soluţie alcoolică a pansterinii pulvis, pulbere antiseptică — în a cărei compoziţie intră un complex de corpi antiseptici necaustici— în proporţie de 3,5% în alcool de 96₀.

Formula ei chimică este următoarea:

Acid aseptilic 30 gr.

Cloroform, 7 gr.

Clorhidrosulfat de oxichinolină, 0,60 gr.

Acid fenic cristalizat 0,30 gr.

Oleum eterat, 0,60 gr.

Baze acridinice şi thionice 0,50 gr.

Clorură de diaminometilacridină. (colorantul verde).

Alcool rectificat (96⁰), Q. S. până la 1000 c. c.

Acidul aseptilic este complexul de bază al pansterinii şi este un produs de condensaţie al acidului boric — specific pentru pyocianic — şi al acidului salicilic cu acţiune bactericidă pentru stafilococ, luând astfel caracterul unui antiseptic general.

Este o soluţie verde, preparată cum am spus mai sus, prin dizolvarea pudrei în proporţie de 3,5% în alcool. Ea se păstrează timp îndelungat fără a se altera nici la lumină nici la căldură şi nu se descompune dând produşi iritanţi. Are un miros foarte agreabil graţie oleului eterat ce-l conţine şi ardo ca o flacără vie.

Din punct de vedere biologic are o putere bactericidă bine studiată experimental. Aceste studii s'au făcut la Inst. Cantacuzino, faţă de bacilul coli şi bacteridia carbonoasă, cari se iau ca «test» pentru toate antisepticile, şi s'a ajuns la următoarele concluziuni:

Fenolul concentrat este de 8 ori mai activ asupra bacilului coli şi de 2,5 ori asupra bacteridiei carbonoase, decât pansterina soluţie care omoară bacilul coli în diluţie de 1/8 după 10 minute şi bacteridia carbonoasă după 15 minute. Reese deci că pansterina pul-

vis care se găseşte în proporţie numai de 3,5% în soluţia de pansterină este de 3,7 ori mai activă faţă de bacilul coli decât fenolul concentrat şi de 14 ori mai activă asupra bacteridiei carbonoase decât fenolul concentrat.

Ca acţiune antibiotică, pansterina soluţie în diluţie de 1/41 opreşte desvoltarea bacilului coli în bulion peptonizat cu P. H. 7,7 şi în diluţie de 1/100 opreşte desvoltarea bacteridiei carbonoase.

In vivo, dr. *Suhăţeanu*, făcând culturi cu pielea a 2 epuri badijonaţi cu pansterină soluţie, după 30—60—120 minute dela badijonare, le găseşte sterile după 24 ore, iar d-na dr. *Creangă* constată sterilitatea însămânţărilor făcute depe pielea bolnavilor badijonaţi cu pansterină după 24, 48 ore.

D. dr. *Gh. Schmidt* a făcut experienţe comparative între pansterină şi tinctură de iod, delimitând două pătrate pe tegumentele abdomenului unui câine pe care le pensulează unul cu pansterină, altul cu t-ră de iod şi face însămânţări după 10 minute. Examinarea mediilor după 24 ore a arătat următoarele rezultate:

Pentru pansterină:

1) pe agar nu se observă nimic.

2) pe bulion simplu deasemenea.

3) pe bulion cu carne se observă o uşoară turbureală, iar la examenul microscopic nu se observă nimic.

Pentru tinctura de iod:

1) pe agar se văd câteva mici colonii izolate;

2) pe bulion simplu nimic;

3) pe bulion cu carne observăm o tulbureală cu desvoltare de gaze şi microscopic bacili *Gram* pozitiv.

Mediile martore sunt toate intens pozitive.

Pe locul unde s'a aplicat t-ra de iod se observă o dermatită eritematoasă, pe când pe locul pansterinizat nici dermatită, nici iritaţii.

In lucrarea sa inaugurală, d. farmacist *V. Stoenescu*, arată comparativ puterea bactericidă a antisepticilor şi desinfectanţilor chimici, faţă de stafilococul auriu, prin procedeul *Regnier-Lamblin*, după care pansterina se situează în loc important.

Cea mai bună probă biologică o avem însă în sala de operaţie, când cu aceiaş pereche de mănuşi facem 2 sau 3 intervenţiuni doar spălând mănuşile cu apă sterilă şi dându-le cu pansterină, fără a avea nici cea mai mică urmă de infecţiune sau supuraţiune la bolnavi.

In ce priveşte calităţile sau mai bine zis superioritatea ei faţă de celelalte antiseptice, pansterina rămâne un antiseptic de prim ordin.

Cea mai importantă calitate a ei este de a fi neiritantă.

După nenumărate badijonări cu pansterină, la plăgile supurate şi de lungă durată, nu am văzut nici cea mai mică urmă de iritaţie; nici tegumentele şi nici mucoasele nu se exfoliază după uzul îndelungat al pansterinii, ca după iod, deci ea nu exercită o acţiune nocivă nici asupra ţesuturilor şi nici asupra terminaţiunilor nervoase.

Pe când iodul este o substanţă *citocidă* (Depage) pansterina este o substanţă citofilactică şi se explică aceasta prin lipsa de causticitate, ceeace *favorizează refacerea ţesuturilor, devenind astfel şi o substanţă cicatrizantă de prim ordin.*

Nu cunoaştem decât un singur caz de iritaţie superficială cu flictene, la o gravidă căreia i s'a făcut toaleta externă turnând pansterină cu sticla pe reg. vulvară. Excesul de pansterină a rămas pe masă, iar bolnava a stat ca într'o bae tot timpul cât a durat facerea.

In ce priveşte uzul pansterinii în chirurgia mucoaselor, putem spune că este antisepticul ideal, pentrucă nefiind caustic este foarte bine tolerat şi în plus mucoasele nu sunt aşa închis colorate ca la iod. Majoritatea dentiştilor preferă azi pansterina iodului pentrucă pe lângă calităţile lui mai are şi un gust foarte agreabil.

Printre chirurgii care întrebuinţează iodul şi pansamentele lipite, nu este cred unul care să nu fi avut iritaţii în urma lor.

Ei bine, cu pansterina nu am avut nici un fel de iritaţii. Deasemenea sunt total excluse iritaţiile produse de aplicarea unui priesnitz pe o regiune badijonată în prealabil cu pansterină — iritaţii ce le vedem frequent după badijonarea cu iod.

Pansterina nu oxidează instrumentele şi nu pătează lingeria — mai mult ca iodul. Petele verzi se scot cu apă şi săpun verde la fiert.

Critică unii culoarea verde a ei, care n'ar fi destul de evidentă atunci când badijonăm un câmp operator. Este suficient să fii atent şi să badijonezi metodic pentru a nu rămâne nici un petec de tegumente nepansterinizat. Trebue totuş mărturisit că această culoare verde a ei este suficient de evidentă.

Ca întrebuinţări, pansterina — soluţie — este utilizată la pregătirea câmpului operator, prin 2—3 badijonări succesive. Deasemenea la pregătirea câmpului pentru rachi-anestezie.

In intervenţiunile abdominale, pansterinizăm totdeauna cavităţile supuraţiunilor, bontul apendicular, bontul cysticului după cholecystectomie, bontul uterin, tranşa gastrică în rezecţii, sau gastro-entero anastamoze, etc. Cea mai curentă întrebuinţare o are însă la pansamentele de tot felul, fie accidentale fie post-operatorii.

In serviciul nostru nu se mai întrebuinţează nici benzina, şi nici iodul. Pansamentul vechi se desface cu un tampon cu pansterină apoi se badijonează în jurul plăgii şi plaga, şi se aplică pansamentul lipit fără nici un inconvenient.

Intrebuinţările pansterinii în ginecologie dau rezultate bune.

In spălături vaginale, în soluţii slabe — o lingură la un irigator — este bine tolerată, nefiind nici caustică şi nici iritantă.

Deasemenea incorporată în ovule, dă foarte bune rezultate în afecţiunile colului (ulceraţii, etc.).

In hemoroizii infectaţi sau în supuraţiile rectale, pansterina introdusă local în supozitoare aduce reale foloase.

Mai citâm întrebuinţarea pansterinei în unguente: încorporată vaselinei serveşte ca pomadă desinfectantă şi cicatrizantă şi în fine în gargarisme şi băi calde — în afecţiunile inflamatorii ale membrelor — am înlocuit creolina cu rezultate surprinzătoare.

Incepând din 1930, an în care d-rul *C. Leonte* şi farmacist *Szabo* au preparat-o, pansterina a fost întrebuinţată regulat în serviciul nostru în toate intervenţiunile chirurgicale; după regiuni procentul este:

Intervenţiuni pe abdomen 58,8%.
» uro-genitale, 25,2%.
» pe membre, 11%.
» pe oase, 8%.
» diverse, 4%.

In tot acest timp pansterina a fost întrebuinţată de cel puţin 40.000 ori pe un număr de peste 10.000 de bolnavi internaţi sau trataţi ambulatoriu.

In concluzie, pansterina este antisepticul care ne-a dat deplină satisfacţie în chirurgie, îndeplinind toate calităţile cerute, fiind un *puternic desinfectant cu acţiune panterapeutică maximă şi nocivitate minimă.*

BIBLIOGRAFII

Psychiatrie par André Barbé Médecin de la Salpétrière. Préface du Dr. *Séglas*, deuxiéme édition entiérement refondue *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 198 pagini . . . . . £ 0.70

Prima ediţiune a acestei lucrări, apărută acum câţiva ani, nu a fost în întregime modificată, ci au fost aduse numai câteva adăogiri.

Dintre toate ramurile medicinei, psichiatria este poate aceia care cere cea mai mult metodă şi spirit de observaţie în interogatoriul bolnavului. Pe când în practica curentă, clinicianul se bazează pe datele furnizate de însăşi pacientul său, aici, contrariul, aceste informaţiuni sunt de cele mai adeseori puse la îndoială, din mai multe motive. In plus, uneori diagnosticul se pune după detalii ce pot trece neobservate.

Chiar sub forma sa cea mai elementară, acest examen mental necesită pentru cel care îl practică cunoştiinţă şi punere în practică a datei semiologice foarte speciale.

LOUIS DARTIGUES

de Prof. Dr. DANIEL

L'am cunoscut în 1902, la Broca, unde eram internul profesorului *Pozzi*. Numele său era de pe atunci cunoscut de toţi, în urma apariţiei remarcabiilei sale teze, inspirate de profesorul *Segond*, asupra *Chirurgiei conservatoare a uterului şi a anexelor în tratamentul fibroamelor uterine*, lucrare care poate fi consultată cu folos şi actualmente, deoarece în decurs de patru decenii nu s'a adăugat nimic în tehnica şi instrumentaţia, descrise de *Dartigues*.

Internatul său *la Pozzi*, ca şi stagiul clinic la *Segond*, la *Salpetrière*, au determinat orientarea sa către chirurgia ginecologică. Nu voi reaminti aci frumoasa sa carieră chirurgicală, nici numeroasele şi remarcabilele sale lucrări ştiinţifice, bine cunoscute de chirurgii şi ginecologii generaţiei mele.

Talentul oratoric al lui *Dartigues* ne impresionase încă de pe timpul internatului său şi-mi reamintesc încă efectul pe care l'a făcut asupra noastră volubilitatea şi arta de a vorbi cu care era înzestrat, când a luat cuvântul, după *Jayle*, la un banchet oferit de către elevii săi, maestrului nostru *Pozzi*.

Cu toate că era pasionat după chirurgie, negăsind totuşi în acest domeniu o suficientă satisfacere a exuberantei sale activităţi, se consacrase şi artelor şi literelor, căci *Dartigues*, era un chirurg dublat de un artist dornic în acelaş timp de a călători şi a duce în depărtare strălucirea ştiinţei şi a cugetului francez.

Astfel, pentru a întări relaţiunile medicale dintre Franţa şi străinătate şi în special pentru a scoate în relief calităţile strălucite ale spiritului latin — pentru a solidariza ţările de aceeaşi obârşie — el a pus, în 1918, împreună cu *Bandelac de Pariente* şi *Gauilleur l'Hardy*, bazele măreţei opere: *l'Union médicale latine* (Umfia), care înglobează toate ţările de origină latină, uniune al cărei renume universal este în deobşte cunoscut şi căreia el i-a consacrat toată energia sa.

România figurează alături de ţările de limbă franceză, italiană, spaniolă, portugheză, ale celor două continente, la care se adăoga Grecia, căci mult regretatul nostru coleg avea pentru cultura greco-latină, cea mai vie admiraţie.

Dartigues mi-a făcut marea cinste de a mă desemna ca delegat general, încă dela crearea acestei Uniuni, în care figuram, deasemeni de mulţi ani, printre membrii Comitetului de onoare internaţional. In ultimele două decenii, nu am încetat de a întreţine cu el o corespondenţă activă, care a întărit încontinuu amicala afecţiune pe care mi-o păstra. In plus, îl întâlneam în fiecare an la diferitele congrese de chirurgie, ginecologie sau altele.

Pentru a da o şi mai mare extensiune operei sale, el organiza conferinţe anuale, ţinute de personalităţi eminente franceze, cari călătoriseră sau locuiseră în ţările latine, sau de către maeştrii străini, invitaţi să vorbească despre patria lor.

Invitat de el să desvolt — în cadrul «Vocilor latine» şi în onoarea *Congresului presei medicale latine*, organizat de către excelentul meu prieten *Dr. L. Pierra*, — o conferinţă asupra:Raporturilor ştiinţei medicale române cu ştiinţa medicală franceză, am ţinut această conferinţă la 18 Octombrie 1934, sub preşedinţia de onoare a Ministrului României la Paris, şi preşedinţia ştiinţifică a ilustrului meu maestru *J. L. Faure*, dela Institutul Franţei.

In splendidul amfiteatru al Institutului Oceanografic, sub egida drapelului românesc, ce flutura alături de cel al Franţei, strălucita asistenţă era alcătuită din membrii Congresului Presei Medicale latine, din profesorii Facultăţii de medicină, din eminente personalităţi ştiinţifice ale spitalelor şi ale corpului medical, din membrii coloniei române şi ai naţiunilor latine din Paris, din numeroşi medici şi studenţi români, aflători în Franţa. Am avut astfel prilejul să fac să ruleze un film sonor şi muzical asupra istoriei Renaşterei române, a începuturilor relaţiunilor ştiinţifice dintre Franţa şi România, subliniind influenţa franceză asupra unităţei noastre naţionale. O a doua parte a fost consacrată numeroaselor vederi din Carpaţi, de pe malurile Dunărei şi Mării Negre, asupra agriculturei, săteanului şi petrolului.

Intr'o frumoasă alocuţiune introductivă, în termeni calzi, *Dartigues* a făcut elogiul ţării mele: «România a fost Marathonul soldaţilor români ai apărărei latine în Orient». In această evocare, publicată în cartea sa: *Pour la Splendeur Latine*, el a repetat în limba română deviza Umfiei, înscrisă în fruntea *Cărţei sale de bronz*, pentru frontispiciul sintezei linguistice: «Umfia lucrează pentru umanitate şi pentru pace, prin Gândirea şi Acţiunea ştiinţifică, pe baza Fraternităţei şi a Amiciţiei latine».

Continuând opera sa patriotică, *Dartigues* a organizat în fiecare an frumoase recepţiuni la Quai d'Orsay, la care reprezentanţii oficialităţii diferitelor ţări, erau chemaţi să-şi afirme ataşamentul lor faţă de Franţa, sub egia culturei latine.

In 1935, această onoare a fost pentru România. La 11 Aprilie, am prezidat strălucitul banchet de primăvară, oferit ţărei mele, sub preşedinţia medicului general *Rouvillois*. A fost o impunătoare manifestaţie de simpatie pentru România şi medicii săi.

Printre numeroşii participanţi se remarca o asistenţă de elită, cuprinzând miniştri plenipotenţiari, generali, profesori ai diverselor facultăţi, membri ai Institutelor şi Academiilor, confraţi iluştri, dintre cari unii purtau distincţiuni române.

In afară de numeroşi savanţi şi ilustraţiuni ale ştiinţei şi literelor, erau prezente mai multe eminente valori ştiinţifice ale Institutului Pasteur, ale spitalelor, ale societăţilor ştiinţifice ca şi comitetul Franţa—Italia, Franţa—Spania, înalţi reprezentanţi ai presei medicale şi ai presei de informaţii.

Intr'un remarcabil discurs, viu aplaudat, *Dartigues* a înfăţişat rostul acestei reuniuni subliniind momentele importante ale relaţiunilor intelectuale dintre ţările noastre. Medicul general *Rouvillois*, a insistat la rândul său, asupra legăturilor indisolubile cari unesc într'o aceiaşi fraternitate de gândire şi de acţiune medicina română de acea franceză, care a fost opera ilustrului medic al armatei franceze, *Davila*.

*

In intimitate, *Dartigues* era un suflet mare, al cărui entuziasm a fost generator de atâtea opere frumoase. Activitatea sa fecundă l'a pus în capul tuturor iniţiativelor nobile. Patriot, credincios, idealist, a crezut cu toată puterea convingerei sale în steaua ţărei sale şi rămâne în memoria tuturor drept o pildă a nobilelor calităţi ale rasei latine: tenacitate la muncă, dragostea de pământ, simţul realităţilor practice.

Admiram la el, înalta sa cultură clasică şi elocvenţa lui, independenţa sa sufletească, tenacitatea şi pasiunea pe care o punea în iniţiativele sale, firea sa deschisă şi cordială, ca şi virtuţile cari îmbogăţesc spiritele de elită.

In toate împrejurările, a dovedit un amical şi afectuos ataşament medicilor români. Nu exista unul singur dintre compatrioţii noştri din Paris, care să nu fi cunoscut pe *Dartigues*, care să nu-i fi cerut un sfat, care să nu fi apreciat opera sa ştiinţifică, procedeele sale operatorii, instrumentaţia sa originală. In serviciul meu ginecologic, laparostatul şi histerolabul său sunt utilizate în toate intervenţiunile abdominale, fiind adoptate şi procedeele sale de ligamentopexie.

Guvernul român, pentru a răsplăti serviciile aduse ţărei, i-a conferit cravata de comandor al «Stelei României» unul din cele mai mari ordine naţionale.

Cu acest scump şi frăţesc prieten, dispare de pe orizontul medical francez, o figură nobilă, care va lăsa deapururi un mare gol în relaţiunile intelectuale franco-române.

Medicii români salută cu durere numele lui *Dartigues*, care s'a dedicat fără odihnă, în tot cursul existenţei sale, cultului Amiciţiei internaţionale.

ENDOCRINOTERAPIE

Oboseală cerebrală. Surmenaj intelectual. Hipotensiune. Deficiență intelectuală infantilă. Astenie nervoasă.

POSOLOGIE: ½—3 dragele zilnic

Stenopilan — EXTRACT TOTAL DE HIPOFIZĂ DRAGELE

Insuficiență suprarenală cronică. Boala lui Addison. Adinamia infecțiunilor și în convalescență. Vărsături incoercibile.

POSOLOGIE: Injecț. intramusc. la 1—2 zile

Sinocorten — EXTRACT DE CORTEX SUPRARENAL FIOLE

Antidiuretic în tratamentul substitutiv al diabetului insipid.

POSOLOGIE: De prizat 2—3 ctgr. la 4 ore

Retrofizin — EXTRACT DE LOB POSTERIOR HIPOFIZAR PULBERE

Hipofiroidie, Obezitate. Insuficiență tiroidiană benignă. Mixoedem, Edeme, Oligurie.

POSOLOGIE: ½—10 dragele zilnic

Thyreocrin — EXTRACT TOTAL DE GLANDĂ THYROIDĂ DRAGELE

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI, 67 — TELEFON 4.98.08

Epuizări funcționale și stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 și 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, București I.

Drogueria ROYAL
Piața Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY-Praga

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

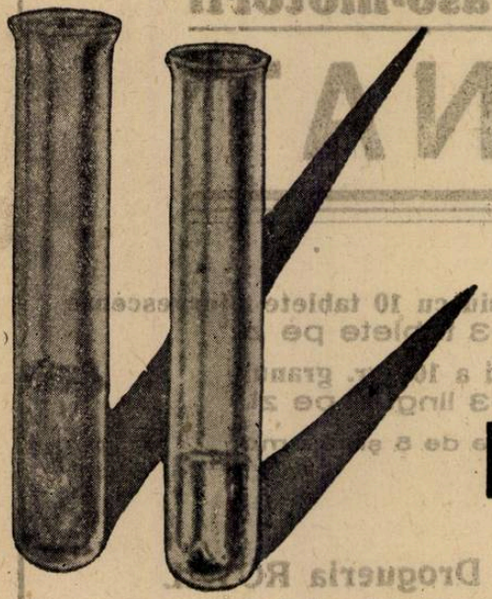
Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

IN CISTITE, PIELITE ŞI PIELONEFRITE



desinfectarea

căilor urinare

prin

NEOHEXAL

1814 125 ANI 1939

Dr. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK

Bucureşti III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Institutul ftiziologic Carlo-Forlanini-Roma

(Note descriptive — activitate didactică şi ştiinţifică)

de Dr. OVIDIU CONSTANTINESCU
Sanatoriul T. B. C. Geoagiu

Institutul Carlo Forlanini, spitalul-sanatoriu, proprietatea Institutului Naţional Fascist al prevederilor Sociale şi Clinica de Tuberculoză a Universităţii din Roma, pentru destinaţia sa şi pentru însuşi concepţia sa reprezintă cel mai mare centru ştiinţific italian în domeniul tuberculozei.

Marea luptă contra tuberculozei în Italia a început în Maiu 1927, inaugurată cu un discurs pronunţat de marele om de stat, Ducele Mussolini, care a adus înaintea conştiinţei naţiunei cifrele înspăimântătoare ale tuberculozei şi a pus în mişcare Statul şi ştiinţa, instituţiile de asistenţă şi acelea de prevedere, organizaţiile regimului şi însuşi poporul pentru lupta contra întinderei tuberculozei.

După câteva luni a fost publicat decretul asigurării obligatorii contra tuberculozei. Problema luptei contra tuberculozei a fost astfel transpusă, pentru cea mai mare parte, pe câmpul de asistenţă; numai prin asigurarea obligatorie ea a putut să-şi câştige mijloacele suficiente, care conform principiilor de acum dobândite în medicina socială, este indicată de posibilitatea de a dispune de cel puţin atâtea paturi în sanatorii şi spitale câţi morţi de tuberculoză sunt în fiecare an.

Institutul Carlo-Forlanini a luat naştere prin fericita iniţiativă a Confederaţiei Fasciste a industriilor, care încă înainte ca asigurarea obligatorie să fi intrat în vigoare, a hotărît destinarea unui fond de 3 milioane lire, pentru a fi putut construit la Roma, un institut pentru studiul şi terapia boalelor pulmonare. Această iniţiativă a fost pusă în funcţiune în primii ani într'un sediu provizoriu până la deplina sa realizare, 10 Decembrie 1934, cu inaugurarea oficială a sediului definitiv în Monte Verde Nuovo. Incă de la început conducerea măreţului institut a fost încredinţată d-lui director prof. dr. Eugenio Morelli, omul de înaltă ştiinţă, elevul şi continuatorul renumit, a unui mare învăţat şi maestru Forlanini.

Institutul prezintă o clădire centrală, în faţa căruia îţi desfată ochiul un frumos parc această clădire este destinată institutului ştiinţific. La parter şi jumătate din etaj se află: direcţiunea institutului, biblioteca, sălile destinate profesorilor, câteva săli pentru muzeul antituberculos naţional şi centru de statistică al tuberculozei.

La primul şi al doilea etaj sunt clinicile: medicală şi chirurgicală cu o capacitate de circa 100 paturi fiecare.

Impărţirea secţiilor este făcută în sens vertical, adică în stânga secţia de femei şi în dreapta secţia de bărbaţi. la centru, între cele două secţii se află, la clinicile medicale, laboratoarele pentru cercetarea fiziopatologiei, iar la clinicile chirurgicale sălile de operaţie. La corpul central al institutului sunt alipite două clădiri

Prof. Eugenio Morelli, Directorul Institutului

în care au sediul secţiile pentru învăţământul specialităţilor: ortopedia, pediatria, ginecologia şi laringologia. Fiecare dispune de o capacitate de câte 50 de paturi. Traversând un impunător vestibul, te aproprii de marea sală de lecţii cu o capacitate de 300 locuri. In imediata apropiere se află patru laboratorii ştiinţifice de bacteriologie, istologie, chimie şi serologie, cu care se complectează institutul ca centru de studii al tuberculozei. Urmează apoi un mare complex de construcţii moderne, patru pavilioane sanatoriale unite de clădirea centrală cu o capacitate totală de circa 1200 paturi. Fiecare pavilion sanatorial dispune de un cabinet propriu radioscopic, în afară de centrul de studii radiografice, situat în primul subsol al clădirii ocupată de institutul ştiinţific; tot aci se află şi farmacia şi cabinetul dentar.

Institutul ştiinţific şi laboratoriile anexe, nu sunt deschise numai studenţilor, dar şi medicilor italieni şi străini cari vin pentru cursurile de perfecţionare şi specializare.

In pavilioanele sanatoriale, ca şi în clinică, separaţiunea secţiilor masculine şi femenine este perfect realizată.

Institutul posedă şi o sală mare de teatru şi cinematograf ce are o capacitate de 800 locuri. Câte o capelă spaţioasă, situată în corpul pavilioanelor, este rezervată secţiilor masculine şi femenine. In fiecare detaliu de ordin tehnic şi sanitar acest mare centru sanatorial, care este pe lângă acesta şi un centru important de studii, a fost imaginat cu o pasionată grijă, atât în ceeace priveşte ansamblul, cât şi asupra detaliilor.

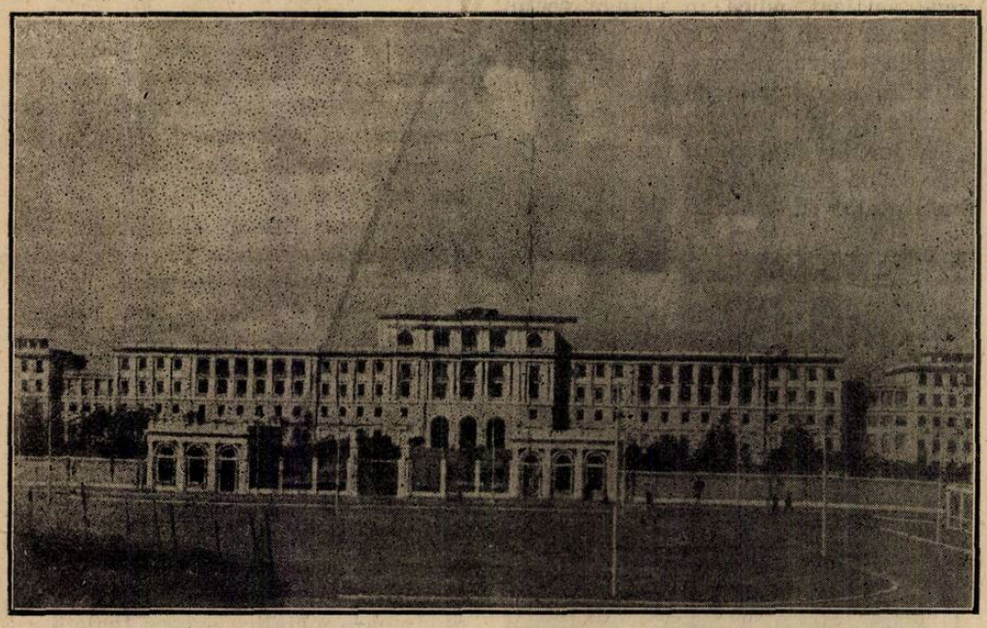
O caracteristică specială prezintă pavilioanele sanatoriale. Toate au lumină din plin, camerele spaţioase comune cu maximum 6 paturi şi sunt unite între ele, pe dinăuntru, de un coridor ce foloseşte scopurilor de supraveghiere şi asistenţă a bolnavilor; fiecare cameră dispune de o verandă care oferă loc suficient pentru a primi 6 bolnavi ai camerii când vor să se folosească de paturile de cură; în fiecare cameră sunt trei chiuvete servite de apă cu ajutorul unui robinet cu pedală, deasupra chiuvetelor sunt 6 mici dulăpioare metalice pentru toaletă, camera mai posedă şi 6 dulapuri metalice pentru îmbrăcămintea personală a bolnavului. Caracteristic este marea uşă-fereastră care desparte camera de verandă. Uşa-fereastră are 6 canaturi, care la deschidere alunecă pe şine speciale pentru a merge să dispue de două laturi ale verandei, sau după dorinţă în partea din faţă a verandei, servind astfel drept adăpost contra vânturilor, a ploii şi a soarelui. Tot pentru a feri bolnavul de inconvenientul timpului nefavorabil, terasele de cură sunt prevăzute cu perdele sistematice şi originale, care se coboară şi se ridică după nevoie printr'un dispozitiv automat.

La extremitatea fiecărui pavilion sunt camerele de izolare ale bolnavilor gravi, în proporţie de una pentru fiecare cameră de şase paturi. Patruzeci de paturi sunt rezervate medicilor bolnavi de tuberculoză.

Caracteristica cea mai importantă a institutului Carlo-Forlanini, în tot complexul său, este centralizarea serviciilor. O singură bucătărie centrală aşezată la subsol între secţia femei şi secţia bărbaţi, în legătură cu camerile de distribuţie din imediata apropiere a sufrageriilor, printr'un dublu cărucior electric cari face ca servirea meselor să se facă totdeauna la timp cu repeziciunea necesară şi economie de personal. Spălătoria şi garderoba sunt şi ele centralizate într'un subsol alăturat acelua ocupat de bucătărie şi de încălzirea centrală.

Intrarea la pavilioanele sanatoriale

este în partea opusă intrării institutului ştiinţific. Două clădiri sprijină intrarea la pavilioanele sanatoriale: una pentru ofiicile administrative ale institutului şi pentru îmbrăcarea medicilor şi a funcţionarilor, cu o mare sală de aşteptare pentru corespondenţii bolnavilor; cealaltă clădire este destinată centrului de diagnostic, tratamentului ambulatoriu al bolnavilor externi şi pentru observarea bolnavilor şi trierea lor cu scopul de a fi primiţi şi repartizaţi la secţiile respective. Această clădire este separată de celelalte pavilioane şi au o capacitate de 150 paturi. In construcţie se află un nou pavilion cu totul separat, cu o capacitate de circa 500 paturi care va fi destinat numai bolnavilor atinşi de afecţiuni pulmonare netuberculoase, înfiinţat mai mult cu scop didactic şi ştiinţific, ştiind că este imposibil să cunoşti bine tuberculoza pulmonară fără a fi identificat asupra altor forme morbide ale aparatului respirator.



Institutul Ştiinţific Carlo Farlanini-Roma

Bolnavii spitalizaţi în institutul Carlo-Forlanini sunt mare majoritate asiguraţi obligatoriu prin legea contra tuberculozei şi cari sunt trimişi din diferite provincii cu asentimentul Institutului Naţional Fascist pentru prevederile sociale şi diferite organizaţii ministeriale. Institutul are dreptul să primească bolnavii tuberculoşi sau atinşi de alte afecţiuni ale aparatului respirator, proveniţi şi dela spitalele civile sau direct din exterior.

Legislaţia socială italiană nu fixează limită de timp pentru durata vindecării bolnavilor şi nici pentru şederea lor în diferite sanatorii, numai medicul este în măsură să judece dacă bolnavul s'a vindecat şi când poate să-şi reia ocupaţia.

Activitatea didactică a institutului de tuberculoză se poate rezuma în trei cursuri distincte.

1) Cursuri de lecţii oficiale ale Clinicei de tuberculoză şi a boalelor aparatului respirator pentru studenţii în medicină, ţinute de însuşi directorul institutului profesor dr. Eugenio Morelli, titularul catedrei de clinică ftiziologică, a Universităţei din Roma, care are sediul tot la institut.

2) Cursuri universitare de 2 ani, pentru specializarea în tuberculoză şi boalele aparatului respirator.

3) Cursuri pentru perfecţionare, cu caracter practic foarte importante pentru medicii străini.

Exerciţiile practice sunt demonstrate în diferite secţii, sub supraveghierea medicilor institutului, astfel se stabileşte o perfectă colaborare între profesori şi asistenţi cu un rezultat de o nobilă emulaţie pentru cea mai bună pregătire a propriilor studenţi, sau a medicilor interni la probele examenelor, la obţinerea tezelor de doctorat, sau redactarea tezelor pentru diplomele de specialitate. Medicii ce se înscriu la cursurile de perfecţionare au obligaţia să frecventeze nu numai lecţiile teoretice, dar şi secţiile clinice în calitate de elevi interni, în aşa fel încât să li se permită o completă pregătire clinică. Au frecventat şi continuă să frecventeze cursurile şcoalei de tuberculoză, pe lângă medicii italieni şi mulţi medici străini, cari cu începere din anul 1931 se duc mereu şi se ocupă de opera de asistenţă şi să înveţe mijloacele noi de diagnostic şi tratamentul tuberculozei.

Acivitatea ştiinţifică.

Ca să ne putem da seama de cât se lucrează în domeniul ştiinţific în institutul Forlanini, ne trebuesc multe pagini, ceeace într'un articol de revistă, unde spaţiul nu permite, nu se poate face. Este destul să pomenim că producţiunile ştiinţifice atinseseră frumosul număr de peste 650 publicaţiii până în Octombre 1939. Concretizând printr'o singură frază putem spune că toate problemele de actualitate în domeniul tuberculozei sunt amănunţit studiate atât din punct de vedere clinic cât şi de laborator. Unele din aceste probleme au găsit deja o încadrare proporţională şi completă pe tărâmul practic, în timp ce altele sunt mereu în studiu. Printre primele putem cita: Aplicaţiunile pneumotoraxului compresiv, tratamentul empiemului tuberculos septic sau asociat, cu metode aspirative; câmpul aplicaţiunei toracoplastiei antero-laterală elastică în diferitele sale tipuri: totală parţială, superioară, inferioară, toracoplastia latero-posterioară combinată; pneumoperitoneul în terapeutică detensiunea forţată progresivă continuă în cursul pneumotoraxului spontan sau în empieme cu fistule pulmonare şi în fine aspiraţiunea endo-cavitară, noua metodă de tratament a cavernelor inaugurată de profesorul Monaldi în Iulie 1938, metodă care astăzi a ajuns să fie experimentată numai în institut pe un număr de peste 200 de cazuri cu rezultate demne de relevat.

Acest complex de descriere constitue un bogat material de investigaţie clinică, care dovedeşte munca ce vine desăvârşită în institut. Trecând la o scurtă expunere sintetică a activităţii diferitelor laboratorii ale institutului putem spune că *în laboratorul de Fiziopatologie*, printre altele se fac cercetări de ordin biologic în raport cu tuberculoza pulmonară, spre exemplu: studii asupra complexului proteic al plasmei, asupra azotului neproteic, asupra hidraţilor de carbon şi asupra metabolismului apei. Au fost puse deasemenea în studiu raporturile clinice şi patogenice între tuberculoză şi diabet, precum şi între tuberculoză şi sarcină. Ulterior cercetările au fost îndreptate asupra raporturilor între torace şi abdomen, între respiraţie şi circulaţie .i asupra funcţiunilor intestinale şi hepatice. Un studiu care a fost îndreptat în legătură cu circulaţia sanghină a pulmonului în condiţiuni fiziologice şi patologice.

In laboratorul de Anatomie Patologică se studiază în special patogenia formelor ematogene ale tuberculozei şi s'a identificat patogenia şi morfologia unor forme de broncho-pneumonii tuberculoase, a fost pus în evidenţă procesul de vindecare spontan sau după colapso-terapie a diferitelor forme de leziuni tuberculoase, a fost stabilit cadrul anatomo-patologic al acţiunei vătămătoare a undelor scurte asupra animalelor de experienţă; au fost des-

Pentru prepararea laptelui calcic

CALCILACTIN

„Sapic"

Tablete

CALCILACTIN I

Calcium lacticum
Amyl. oryzae

Alimentaţie suplimentară şi medicală pentru sugari dispeptici şi diareci.

CALCILACTIN II

Calcium lacticum
Amyl. maidis
Zahăr

Alimentaţie suplimentară pentru sugari constipaţi.
Alimentaţie de durată ideală pentru sugari.

Mostre şi literatură trimite la cerere

Departamentul ştiinţific S A P I C Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

Remedii suverane în tratamentul turburărilor cardio-vasculare

AGATHEOSAN
CALCIUMTHEOSAN
COFFOTHEOSAN
JODCALCIUMTHEOSAN
JODPAPAVERINTHEOSAN
PAPAVERINTHEOSAN

Preparatele cu Teobromină Dr. Wander

Mostre şi literatură trimite la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, IV. Str. Cazărmei 89

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

crise leziunile virusului gripei introdus prin diferite căi ale organismului atelectazia pericavitară şi modificările istologice în aspiraţia endocavitară. Un nou câmp de aplicaţiune practică îşi va găsi loc prin injecţiile intra-pulmonare cu bioxid de toriu încercat de *Montanini* asupra proceselor de conectivare.

In Laboratorul de Serologie sunt tratate printre altele examene sistematice pentru toţi lueticii şi tuberculoşii spitalizaţi în institut, multiple serii de cercetări experimentale, printre care amintim contribuţiunile la cunoaşterea acţiunei exercitată de substanţele reductoare asupra producţiunei anticorpilor, tentative de producţiune de anticorpi prin inocularea diverşilor polizaharizi, s'a izolat câteva tipuri particulare de micelii din expectoraţie şi din sângele câtorva indivizi tuberculoşi, investigaţii asupra florei bacteriene din materialul scos prin aspiraţiune endocavitară. Atenţie particulară a fost dată, prin nouile metode tehnice, asupra cercetărilor bacilemiei în reumatismul articular acut, după mobilizarea post-operatorie sau după radioterapie. Se află în studiu avansat problema virulenţei bacilului Koch şi dislocaţia lui, căutarea bacilului Koch în sucul gastric la indivizi fără expectoraţie sau cu bacilul Koch negativ şi altele.

In Laboratorul de chimie biologică: Printre alte probleme generale de chimie şi biologie ale bacilului Koch, se studiază o serie de probleme asupra relaţiunilor între nutriţie şi tuberculoză şi asupra comportărei diverselor sisteme *enzimatice* în timpul tuberculozei şi altor maladii, pentru a ajunge la concluziuni utile diagnosticului. S'a lucrat în special pentru a identifica compoziţia chimică a fiecărui fracţiuni a bacilului Koch şi în special ale polisaharidelor şi a proteinelor, a fost identificată natura enzimelor exudative pleurale, a fost încercată puterea enzimatică a fracţiunilor proteice ale serului sanghin, a fost studiată activarea *enzimelor* şi astfel a fost adusă o contribuţiune definitivă la desbătuta chestiune a cantităţei de esterase şi colino-esterase prezente în cursul tuberculozei. Au fost întreprinse cercetări asupra problemei alimentaţiei tuberculoşilor şi asupra conţinutului în vitamine C. a diverselor ţesături ale organismului.

In Laboravorul de bacteriologie: Sunt studiate în special problemele de alergie şi de acţiune biologică ale diverşilor compuşi ai bacilului Koch şi a terenurilor de cultură, ce au dus la izolarea unui polisaharid şi a unei proteine înzestrate cu o puternică acţiune imuno-biologică. Pentru separarea corpului bacilar se întrebuinţează un mijloc pe bază, în mare măsură fizică, un agitator de foarte mare putere, inventat de profesorul Morelli„ care nu strică compoziţia chimică a fracţi .nilor toxice.

O tuberculină M.D.C.(Morelli, Daddi, Cataneo) a fost izolată capabilă să dea o sensibilitate de 1/50.000.000. Sunt deasemenea în studiu posibilităţile de cultură şi de transmisiune experimentală a bacilului leprei.

In Secţiunea radiologică: Sunt în special studiate cu ajutorul roentgen-chimografiei problemele de mecanică respiratorie, atât la bolnavi cât şi la cei sănătoşi, luând în consideraţie mişcările diafragmului, coastelor, parenchimului pulmonar şi mediastinului. In afară de aceasta este deja înaintată aplicaţiunea roentgen-cinematografiei indirectă, executată cu aparate originale de construcţie italiană şi cu o peliculă cinematografică comună. Intrebuinţarea acestor aparate sunt de mare utilitate pentru examenele colectivităţei şi cu o cheltuială minimă. Demne de relevat sunt şi încercările de tratament prin marconiterapie a formelor pulmonare supurative.

Secţia statistică, socială, a fost creiată în institut în conformitate cu directivele regimului politic, pentru studierea caracterelor statistice ale endemiei tuberculozei, cu relevarea sistematică a datelor oficiale ale cauzei morţii a tuturor naţiunilor, punând acestea în raport cu diferiţi factori, de rasă, demografiei, sociali şi economici ai fiecărei ţări. A fost stabilit un indice special de morbiditate, ce permite o exactă evaluare a statusului actual de tuberculoză în Italia şi care poate fi explicată la fel în diferite ţări.

Muzeul anatomic emrită o menţiune deosebită fiind una din cele mai desăvârşite rea izări ale Institutului Carlo Forlanini. Sunt numai câţiva ani de la deschidere şi deja cuprinde o vastă şi completă colecţiune, absolut unică nu numai în Italia dar în întreaga Europă. Profesorul Morelli se ocupă în deaproape de muzeu şi a găsit şi aplicat sisteme originale pentru secţionarea topografică a cadavrelor, pentru conservarea pieselor şi pentru montarea lor cu cadre, permiţând confruntarea piesei cu o radiografie făcută pe viu. In acest mod se poate studia mult mai uşor, atât anatomia normală, cât şi cea patologică, ştiind că piesa anatomică, în mărime naturală, rămâne mai uşor imprimată în memorie.

Vedere generală a Institutului Carlo Farlanini

Activitatea ştiinţifică a Institutului Carlo-Forlanini sporeşte din an în an şi se poate prevede din toate investigaţiile ce sunt în curs, că se găseşte într'o rapidă ascensiune. Institutul Naţional Fascist şi-a dat seama că ştiinţa nu poate progresa, dacă cei ce se dedau ei nu sunt instruiţi şi nu sunt ajutaţi. Prin meritul I. N. F. s'a pus la dispoziţia tineretului medical Italian toate mijloacele posibile pentru rezolvarea diferitelor probleme în domeniul tuberculozei, cari prin sforţările lui a dat dovadă nu numai de o admiraţie ştiinţifică şi socială, dar şi de o grandioasă şi utilă economie. Scurtarea duratei tuberculozei e cel mai puternic mijloc de economie şi nu se poate obţine decât în urma studiului continuu şi a aplicaţiunilor sale.

După cele descrise putem face afirmarea că Institutul Carlo-Forlanini poate servi în domeniul studiului şi luptei contra tuberculozei, drept exemplu pentru ţara noastră, unde progresele străbat greu, trebuind să luptăm cu toată energia pentru stârpirea flagelului care face anual zeci de mii de victime.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medici înaintaţi la gradul de inspector general sanitar onorific

Următorii medici au fost înaintaţi, prin decret regal, la gradul de inspector general sanitar onorific:

D. dr. P. Topa, medic primar, director al spitalului de mecano-terapie şi accidente de muncă.

D. profesor dr. P. Tomescu, medic primar, director al Spitalului Central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti.

D. prof. dr. Traian Nasta, medic primar, director al institutului de chirurgie «Regele Carol II» al Casei Centrale.

D. dr. Nistor Pompiliu, medic primar al jud. Braşov.

D. dr. Ghizdăvescu C., medic primar al jud. Ilfov.

D. dr. Alexandrescu I., medic primar al jud. Dâmboviţa.

D. dr. Florentin Amedeu, medic primar al jud. Vâlcea.

D. dr. Pastia Ioan, medic primar al jud. Bacău.

D. dr. Dragu Victor, medic primar al jud. Brăila.

D. dr. Rădulescu Mihai, medic primar al jud. Baia.

D. dr. Vereanu Constantin, medic primar al spitalului Dorohoiu.

D. dr. Petrescu Gh., medic primar director al spitalului «Schuller» din Ploeşti.

D. dr. Filipescu Octav, medic primar-director al spitalului din Sibiu.

Dela Colegiul medicilor

In ultima şedinţă a Comitetului executiv a Colegiului Medicilor, s'au luat următoarele deciziuni:

1. *Fixarea alegerilor la secţiunile judeţene*

In conformitate cu art. 41 din legea de organizare a Colegiului Medicilor, trebuind să se procedeze la alegerea comitetelor secţiunilor judeţene, se fixează data alegerilor pentru prima convocare la 12 Iunie, iar a doua la 20 Iunie a. c.

2. *Intocmirea regulamentului legii de organizare a Colegiului Medicilor*

Se decide ca proiectul de regulament să fie transmis membrilor Comitetului executiv spre a-l studia şi face observaţiunile necesare după care se va trimite Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pentru aprobare.

3. *Alcătuirea listei de medici specialişti*

Se decide ca în conformitate cu art. 550 din legea sanitară să se întocmească liste de medici specialişti cari să servească Ministerului Sănătăţii la repartiţia medicilor şi la o mai bună întrebuinţare a elementelor de valoare.

Parte din aceste liste s'au şi trimis.

Se decide ca în conformitate cu art. 555 din legea sanitară medicii particulari care la 1935 aveau cel puţin 5 ani de practică într'o specialitate, pot să-şi valorifice dreptul de liberă practică a specialităţii, aducând acte doveditoare a practicei lor, dela Facultăţile de medicină din ţară, dela medicii primari de judeţ, de municipii şi oraşe precum şi dela preşedinţii Colegiilor din ţară.

Pentru medicii cari au obţinut dreptul de liberă practică de la 1 Noembrie 1935 şi care practică o specialitate, conform art. 46 din legea de organizare a Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, s'a întocmit tabele şi s'au înaintat Ministerului Sănătăţii.

Locuri de medici vacante la Ministerul Sănătăţii

In conformitate cu dispoziţiunile legale, se aduce la cunoştinţa generală că sunt vacante următoarele posturi:

Medic de circ. urbană la Municipiul Braşov.

Medic de circ. urbană la oraşul Călăraşi.

Medic de circ. urbană la oraşul Petroşani, jud. Hunedoara.

Medic de circ. urbană la oraşul Tulcea.

Medic primar de genito-urinare la Municipiul Bucureşti.

Medic primar de genito-urinare la spitalul Regele Carol II din Cernăuţi.

Medic primar de genito-urinare la spitalul Braşov.

Medic primar de genito-urinare la Spitalul Central Oradea.

Medic primar radiolog la Dispensarul policlinic din Braşov.

Medic primar de contagioase la Spitalul Caracal.

Medic primar chirurg la Spitalul «Dr. Creţulescu» din C.-Lung (Muscel).

Medic de laborator la Spitalul Precista-Mare in Roman.

Din publicaţia locurilor vacante de medici apărută în Monitorul Oficial cu No. 92 din 17 Aprilie 1940, partea I, se scoate Circ. Şag, jud. Timiş-Torrontal, care a fost desfiinţată şi se publică în schimb Circ. Sânmihaiul Român, acelaş judeţ.

D-nii medici cari întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste locuri, vor face cererei ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în termen de 30 de zile.

Lucrările D-lui Profesor Dr. I. Moldovan asupra Reticulinei M.

Ultimul număr al revistei «Clujul» Medical» *este consacrat problemei Reticulinei M., descoperită de d. Profesor* Dr. I. Moldovanu.

Pentru a informa pe cititorii noştri asupra acestei chestiuni, reproducem articolul introductiv al d-lui Profesor Dr. I. Moldovanu:

«Experimentele cari au dus la punerea în evidenţă a reticulinei, merg înapoi cu mai bine de 30 de ani. Atunci am început să colaborez sub conducerea Profesorului Doerr la lămurirea mecanismului anafilaxiei. Era ştiut atunci, că fenomenul anafilaxiei are la bază o reacţiune antigen-anticorp. Antigenul (proteină) injectat la animal îl sensibilizează, producând un anticorp specific (sensibilisină). Intâlnirea între acest anticorp şi antigenul reinjectat produce şocul, iar animalul revenit dintr'un şoc submortal sau uşor, este desensibilizat faţă de o nouă administrare de antigen.

Anticorpul şi deci starea de hipersensibilitate poate fi transmisă pasiv prin ser. Pentruca însă şocul să se producă, este necesar ca între administrarea anticorpului transmis pasiv prin ser şi reinjecţia antigenului, să treacă un interval de cel puţin 4 ore. Injecţia amestecului de antigen-anticorp sau administrarea lor într'un interval mai scurt nu este urmată de şoc, se poate deci trage concluzia că simpla întâlnire a antigenului şi a anticorpului în sânge nu produce şoc, ci este necesar, ca anti-corpul să aibă timpul necesar pentru a se fixa asupra celulelor, cari au rolul de sediu al reacţiunei anafilactice, sediu care este deci tisular şi nu umoral.

Reacţiuni de şoc se pot produce şi prin injecţii de variate substanţe ca: histamină, peptonă, ser proaspăt de bou, bilă ş. a., reacţiuni cari atât ca sindrom, cât şi ca aspect anatomo-patologic sunt identice sau aproape înrudite cu şocul anafilactic. Insfârşit se mai pot produce fenomene similare prin leziuni mecanice, electrice, termice, cari toate pot apare sub acelaşi aspect. Toate aceste reacţiuni, atât de deosebite ca origine, par a fi identîce în mecanismul lor final, în care producerea sau eliberarea şi acţiunea unui principiu toxic identic sau similar cu histamina are un rol dominant. Iar în ce priveşte sediul acestor reacţiuni, s'a ajuns la concluziunea, că endoteliile capilarelor sunt locul, la nivelul căruia se produce reacţiunea între antigen anticorp şi anafilaxie, ca şi leziunea datorită agenţilor chimici, toxici, termici, mecanici, producători de şoc.

CHLORO-CALCION

Laboratoire Michels — 4 bis, rue du Colonel Moll, Paris.

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

La mastite, abcese amenințătoare sau alte maladii ale sânului femeii,

ANTIPHLOGISTINE

constitue o terapeutică de mare eficacitate. Compresa de Antiphlogistine acționează liniștitor, descongestionant, totodată oferă un sprijin mecanic și provoacă vindecarea.

Eșantioane și literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEW YORK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. București I, Str. Sft. Ionică No. 8.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

EPIFIZAN

Extract de glandă epifizară

Tablete şi fiole injectabile, pentru tratamentul stărilor de hiperfuncţiune genitală.

Hiperovarie. Meno- şi metroragii.

Colutoid

Factorul hemostatic izolat din corp galben.

Acţiune energică în hemoragiile genitale.

Tablete şi fiole pentru injecţiuni.

CORTIGEN

Injecţiuni

Hormonul cortical al capsulei suprarenale.

Indicat în toate cazurile de insuficienţă suprarenală, în special în boala lui Addison, astenie constituţională, vârsăturile gravidelor, intoxicaţiuni.

Dozarea: 1—2 fiole pe zi, subcutan sau intramuscular.

Acestea erau faptele sau concluziunile cunoscute, când în anii imediat următori războiului am reluat experimentele privind anafilaxia. Intrevăzând şi eu, din experienţă proprie, însemnătatea endoteliilor şi apoi mai larg a sistemului reticulo-endotelial pentru desfăşurarea reacţiunei anafilactice am început studiul experimental al legăturii între acel sistem de celule şi şocul anafilactic, convins fiind că de rezultatul acestor cercetări va beneficia şi problema desensibilizării, care nu putea să-şi aibă originea, decât tot la nivelul celulelor hotărîtoare pentru şoc.

Pentru studiul sistemului reticulo-endotelial am întrebuinţat împreună cu Zolog şi Slăvoacă, procedeul blocajului, bazat pe capacitatea caracteristică celulelor acelui sistem, de a acumula în interiorul lor coloranţi vitali, substanţe coloidale de încărcare electro-negativă. Am întrebuinţat în deosebi tuş, Tryplanbleu, oxid de fier sacharat şi colargol. Scopul era, de a ajunge prin injecţiuni intravenoase masive de atari substanţe la o reducere sau chiar o eliminare temporară a funcţiunii sistemului reticulo-endotelial şi de a vedea, dacă reinjecţia antigenului la cobai sensibilizaţi şi blocaţi, mai produce şocul anafilactic sau nu. Din primele experimente s'a dovedit, că blocarea masivă 1 oră până la 14 zile înaintea reinjecţiei antigenului, previne şocul anafilactic.

Blocarea sistemului reticulo-endotelial poate deci avea un efect antianafilactic. Explicaţia acestui efect protector al blocajului ni se părea la început simplă: acumularea până la saturaţie a substanţelor blocante în celulele sistemului reticuloendotelial duce la inhibireea sau eliminarea lor funcţională, pasageră desigur, dar suficientă pentru a împiedeca participarea dealtfel esenţială a acelor celule în desfăşurarea reacţiunei anafilactice. Totuşi ne-a dat de gândit faptul, că acţiunea protectoare nu se manifestă imediat după blocare, când doar alteraţiunea funcţională trebuia să fie maximă, şi că ea durează până la 14 zile după blocare, când sistemul reticulo-endotelial, în urma capacităţii mari de regenerare care îl caracterizează, demult trebuia să-şi fi redobândit funcţiunea normală sau să fi trecut — chiar în urma proliferării — printr'o fază de hiperfuncţiune.

Am crezut deci necesar, să cercetăm, dacă nu chiar hiperfuncţiunea sistemului reticulo-endotelial este responsabilă de efectul anafilactic al blocajului, efect datorit poate eliberării în sânge în cantităţi mari, a unui principiu desensibilizant din celulele excitate prin blocare.

Am cercetat deci, dacă în serul animalelor blocate nu apare un principiu desenzibilizant, transmisibil în mod pasiv asupra altui animal şi responsabil pentru efectul protector faţă de şoc. Experimentul a confirmat supoziţia noastră. De fapt serul animalelor blocate poate conţine principiul desensibilizat în aşa măsură încât injectat în cantitatea de 2.0 cm² intravenos la cobai sensibilizaţi, previne şocul mortal prin reinjecţia de antigen. In ce priveşte organul de producţie a substanţei desensibilizante, la început avem indicaţii, că elaborarea se face la nivelul ficatului. De fapt substanţele blocante sunt reţinute în primul rând în celule reticulo-endoteliate ale ficatului şi ale splinei, iar splina se poate elimina prin splenectomie, fără a reduce cu ceva efectul protector al tuşului. Se părea chiar că şi celulele hepatice şi poate şi corticala suprarenalei participă la producţiunea substanţei protectoare dat fiind că substanţele, chiar pe timpul stărei de perfecţiune pot fi puse în evidenţă la nivelul lor, cum a demonstrat Crişan.

In experimente cu Turcu am putut însă demonstra că producţia sau eliberarea principiului desensibilizant se poate întâmpla şi fără intervenţia acelor organe. Injectând la berbece intraperitoneal tuş în cantitate mare, am constatat în exudatul peritoneal deja la 16 ore după injecţie prezenţa substanţei protectoare, într'o vreme când părticelele de cărbune încă n'au pătruns în circulaţia geenerală, când serul animalululi era complect inactiv şi la nivelul ficatului suprarenalei, splinei nu se putea pune în evidenţă nici o urmă a tuşului. Aceasta era reţinut la nivelul celulelor reticulo-endoteliale ale epiplonului, enorm proliferate şi până la saturaţie blocate cu părticele de cărbune.

Am numit substanţa desensibilizantă *Reticulina-M.*, pentru a indica locul de origină şi pentru ca prin iniţiala atacată se aduce un omagiu la memoria aceluia, care cu o genială intuiţie a prevăzut însemnătatea funcţională, îndeosebi în rezistenţa şi imunitatea celulelor grupate mai târziu, sub denumirea de sistem reticulo-endotelial: *Metchnicoff*, şi pentru a diferenţia substanţa noastră de reticulina istologilor.

Cercetările experimentale de până acum nu au putut lămuri decât parţial mecanismul acţiunei preparatului nostru, iar încercările terapeutice în alergii şi afecţiuni medicale comunicate în lucrările cari urmează, nu pot avea pretenţia de a stabili în mod definitiv valoarea curativă a reticulinei. Ele au mai mult scopul de a permite concluziuni pentru o mai ştiinţifică aplicare în viitor şi de a da indicaţiuni mai precise la selecţiunea afecţiunilor de tratat, la dozajul şi serierea injecţiunilor la durata acţiunei şi la o cât mai atentă şi obiectivă urmărire a cazurilor».

Mişcare în corpul medical

S'a făcut următoarea mişcare în corpul medical din serviciile dependinte de Ministerul Sănătăţii:

D. dr. Cosmiuc Aurel, medic definitiv în postul de medic primar al secţiei de boli contagioase dela spitalul din Giurgiu.

D. dr. Cerchez Cezar, medic primar definitiv puericultor, la ambulatorul policlinic al jud. Ilfov, se transferă definitiv în postul de medic primar puericultor, la ambulatorul policlinic la centru de sănătate al sectorului IV Verde Bucureşti.

D. dr. Mihăilescu Nicolae, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv în postul de medic radiolog la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti.

D. dr. Atanasiu Theodor, medic definitiv de T.B.C. la dispensarul «Maşina de pâine», se confirmă definitiv ca medic primar de T.B.C. la serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, aşa cum i s'a transformat postul prin bugetul exerciţiului 1940 —41.

D. dr. Iordăchescu Virgil, medic primar definitiv al jud. Botoşani, se transferă definitiv în postul de medic primar al jud. Olt.

D. dr. Veseli Paul, medic stagiar al circ Fărău, jud. Alba, se transferă ca stagiar în postul de medic al circ. Ciumbrud, acelaş judeţ.

D. dr. Ştefănescu Nicolae, fost medic stagiar de circumscripţie, se reprimeşte în serviciu ca stagiar în postul de medic al circ. Comăneşti, acelaşi judeţ.

D. dr. Mircea Constantin, medic stagiar la circ. Glodeanuri, jud. Buzău, se transferă ca stagiar în postul de medic al circ. Băleni, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Susan I., actual medic stagiar circ. Ricuiţa, jud. Hunedoara, se transferă ca stagiar în postul de medic al circ. Tătăran, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Marinescu Ilie, fost medic stagiar de circumscripţie, se reprimeşte în serviciu ca stagiar, în postul de medic al circ. Bistreţu, jud. Dolj.

D. dr. Cuţu Ioan, medic stagiar al circ. Roşiştea, jud. Dolj, se transferă stagiar în postul de medic al circ. Hurezeni, jud. Gorj.

D-ra dr. Preutescu Gabriela, medic definitiv al circ. Vlădeni, jud. Iaşi, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Bucium, acelaşi judeţ.

D-na dr. Georgescu Sofia, medic definitiv al circ. Domneşti, jud. Muscel, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Bughia de Sus, acelaş jud.

D-na dr. Natalia Popovici, fost medic definitiv de circ., se reprimeşte definitiv în serviciu în postul de medic al circ. Priboeni, jud. Muscel.

D. dr. Hladiuc Trifon, medic definitiv al circ. Culevcea, jud. Cetatea-Albă, se transferă definitiv în postul

de medic al circ. Râioasa, jud. Teleorman.

D. dr. Perieţeanu Gh., medic definitiv al circ. Ciolăneşti, jud. Teleorman, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Scrioştea, acelaşi judeţ.

D. dr. Solomonv Anatolie, medic definitiv al circ. Delacheu, judeţul Tighina, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Tighina Rurală, jud. Tighina.

D. dr. Nartalis Samoil, medic definitiv al circ. Aioman, jud. Caliacra, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Pueşti, jud. Tutova.

D. dr. Cazana Dimitrie, medic definitiv al circ. Arsache, jud. Vlaşca, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Mihăileşti, jud. Vlaşca.

D. dr. Manoilescu Constantin se numeşte stagiar, în baza examenului dat şi a alegerei făcute, în postul de medic al circ. Băceşti, jud. Fălciu.

D. dr. Ilie Constantin, şef de secţie la direcţia Ocrotirilor, se numeşte stagiar în baza examenului dat şi a alegerii făcute, în postul de medic al circ. Moreni, jud. Dâmboviţa.

D. dr. Cuco. Vasile, medic definitiv al circ. Măşcăuţi, jud. Orhei, şi d-na dr. Anastasia Cucoş, actual medic definitiv al circ. Isacova, acelaşi judeţ, se transferă prin consimţimânt reciproc, unul în locul celuilalt.

D-na dr. Renée Popa, medic secundar cu concurs, la spitalul de Stat din Beiuş, jud. Bihor, se transferă în postul de medic secundar la Institutul obstetric din Oradea.

D-na dr. Malca Şapira, actual medic stagiar al circ. Căpreşt, jud. Soroca, se transferă ca stagiară la circ. Stoicani, acelaş judeţ.

D-na dr. Ruxandra Atomulesei, actual medic definitiv al circ. Fundulele jud. Ilfov, se numeşte în postul de medic al circ. Slobozia-Mândra, judeţul Teleorman.

D. dr. Dan Berceanu, având 10 ani în învăţământul superior, se confirmă definitiv medic primar în specialitatea chirurgie.

Următorii medici stagiari pe bază de examen de capacitate, cari au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă, după cum urmează:

Doamna dr. Cardaşev Valentina în postul de medic al circ. Han Câşla, jud. Cetatea Albă.

D-na dr. Tempescu Paulina în postul de medic al circ. Costişa Bainet, judeţul Rădăuţi.

D. dr. Ioan Alexandrescu, în postul de medic al circ. Răsmireşti, judeţul Vlaşca.

D. dr. Bernard Alexandru, în postul de medic al circ. Largu jud. Buzău.

D-na dr. Negulescu Ecaterina, asistentă chimistă la spitalul central «Prof. Dr. I. Cantacuzino», se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

BIBLIOGRAFII

Recensământul general al populaţiei României. Volumul IV: ***Locul naşterii, Situaţia în gospodărie, Menaje colective, Mărimea gospodăriilor, Cunoaşterea limbii române, Cetăţenia, Vârsta.*** Acest volum are în fruntea sa următoarea prefaţă, scrisă de Dl. **Dr. SABIN MANUILĂ** Directorul Recensământului General al populaţiei din 1930.

«Volumul al IV-lea al seriei din publicaţiunile Recensământului general al populaţiei din 1930, cuprinde date amănunţite privind locul naşterii, situaţia în gospodărie, cunoaşterea limbii române de către populaţia de altă limbă maternă, cetăţenia şi vârsta locuitorilor. In partea primă prezentăm tabele recapitulative pe provincii, judeţe şi oraşe, iar în partea a doua date detaliate pe judeţe, oraşe şi plăşi. Este pentru prima oară când apar asemenea date asupra populaţiei ţărei noastre.

Materia cuprinsă în volumul al IV-lea este împărţită în cinci capitole .i anume:

I) Populaţia statornică după locul naşterei cu repartizarea populaţiei pe sexe, pe numărul şi proporţia celor născuţi în localitatea unde au fost recenzaţi şi pe regulile de provenienţă a originarilor din alte localităţi. Aceste date ne permit urmărirea fenomenului urbanizării şi a migraţiunilor interne, fenomene cari în epoca noastră au o importanţă mare, chiar şi pentru România, unde 76.3% din populaţie s'a născut în localitatea unde a fost recenzată (în oraşe 51.4%, minimum în municipiul Constanţa: 26.4%).

II) Populaţia statornică, după situaţia în gospodărie, cu arătarea structurei gospodăriei româneşti şi a mărimii acestor gospodării. Aceste date ne dau oarecari indicaţiuni asupra structurii familiei din ţara noastră, precum şi asupra menajelor colective

III) Populaţia statornică, după cunoaşterea limbii române, ne arată numărul şi protecţia locuitorilor de altă limbă maternă la 49.8% din totalul locuitorilor cu limba maternă neromânească. In cifra globală a celor cu limba maternă neromânească se cuprinde populaţia de toate vârstele, adică inclusiv copiii cari nu vorbesc încă. Pentru aceşti copii s'a dat limba părinţilor, iar pentru copiii cu părinţi vorbind două limbi deosebite, s'a trecut limba mamei.

IV) Populaţia statornică după cetăţenie, ne arată distribuţia pe ţara de origină a cetăţenilor străini. Cei mai mulţi locuitori de cetăţenie străină sunt supuşi greci (19.9%).

V) Populaţia statornică, după vârstă ne dă o tabelare amănunţită, atât asupra vârstei pe grupe de câte 5 ani, cât .i repartiţia populaţiei pe fiecare an de vârstă.

Ar fi fost de dorit să se facă o analiză a datelor cuprinse în acest volum, dar faţă de hotărârea de a se tipări un volum special cuprinzând numai analize de date, ne limităm la prezentarea sumară a cuprinsului volumului de faţă. Sperăm că bogăţia datelor şi tehnica expunerii lor vor face cercetarea acestui volum uşor accesibilă pentru toţi acei cari doresc să cunoască structura populaţiei româneşti».

Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses par le Docteur Jules Bordet, Directeur de l'institut Pasteur de Bruxelles, membre étranger de la Société Royale de Londres; Membre associé de l'Institut de France et de l'Académie des sciences des États-unis. *Deuxiéme Édition Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 880 pagini . . . . . $ 3,90

Dacă studiul fenomenelor în raport cu imunitatea a atras o mulţime de cercetători, a reunit materiale imense, s'a ridicat la rangul unei ştiinţe distincte graţie lucrărilor Prof. Bordet, al cărui nume va rămâne legat de descoperirile cele mai importante din acest domeniu din ultimii 50 de ani.

Imunitatea tinde să degajeze din constatările sale, mijloace fidele şi practice de a conferi starea refractară la animale primitiv sensibile, sau de a vindeca infecţiuni declarate. Prin serviciile pe cari le aduce în această ordine de idei, ea consacră alianţa clinicei cu laboratorul. In fine, prin fecunditatea metodelor sale, pe cari eventual le împrumută altor ştiinţe, ea proiectează uneori asupra domeniilor învecinate preciziuni neprevăzute şi contribue în mod eficace la progresele generale ale biologiei. Astfel se poate caracteriza obiectul şi rezuma cadrul lucrărei. Este cel mai frumos elogiu ce se poate aduce operei magistrale a lui Bordet.

Lucrarea începe cu câteva generalităţi — indicaţiuni asupra imunităţii naturale — apoi urmează o expunere amănunţită a imunităţii celulare, al fagocitozei şi a modurilor sale; o a treia parte este consacrată imunităţii humorale; rolul serurilor, procesele lor de acţiune;—o ultimă parte aplică maladiilor şi terapeuticei datele generale căpătate în biologie.

Trebue să adăogăm acest detaliu material că lucrarea comportă 880 pagini bine imprimate şi ordonate.

INSEMNĂRI TERAPEUTICE

Despre tratamentul cu Desitin în practica chirurgicală

de Prof. Dr. G. LOTHEISSEN, VIENA

In anul 1925 au apărut primele publicaţiuni, relevate şi de presa chirurgicală de specialitate, asupra avantagiilor unturei de peşte întrebuinţate pe cale externă sub formă de pomadă Desitin. Fiind şi noi foarte mulţumiţi cu această pomadă, am primit să experimentăm Desitin-ul Molle. care nu conţine oxid de zinc nici talc.

Având în vedere conţinutul de oxid de zinc, am încercat pomada Desitin la început mai ales în tratamentul eczemelor. O indicaţie tot atât de importantă ne păru însă a fi prevenirea acestora în vecinătatea plăgilor zemuinde. Această misiune a împlinit-o chiar şi în plăgile cu secreţiuni iritante şi cât se poate de bine în anusul contra naturei. Am fost siliţi să facem această operaţiune în repetate rânduri în disenterie, apoi înainte de extirparea unui cancer al colonului şi chiar şi în cancere inoperabile ale intestinului gros. Am avut deci cu prisosinţă ocazia de a experimenta Desitin-ul şi putem spune că pomada a dat în mod constant rezultate bune. In afara zonei unse cu Desitin s'au format variate pustule cu puroiu. Le-am deschis şi apoi am acoperit şi această porţiune cu pomada Desitin. Sub stratul de pomadă ele s'au vindecat repede. Chiar şi în alte regiuni acoperite cu astfel de pustule, deseori chiar numai în simple roşeli fără puroiu ale papilei, am spălat mai întâiu cu alcool apoi am aplicat pomada Desitin. Acest procedeu a dat totdeauna rezultate satisfăcătoare, mai ales când focarele de inflamaţie erau datorite unei hiperhidroze şi anume în axilă şi în plica interfesieră.

Deoarece în tratamentul similar cu pomada sau pasta obişnuită de zinc, nu am reuşit nicodată să vindecăm tot aşa de repede astfel de inflamaţii ca şi cu Desitin trebuia să presupunem că aci conţinutul de untură de peşte este de o importanţă determinantă. Această presupunere ne făcu să încercăm în plăgile infectate sau deja purulente şi Desitin Molle.

De fapt s'a acoordat unturei de peşte tot mereu un deosebit interes.

Lauerbach în 1925 a emis ipoteza, că la untura de peşte, care este componentul activ al Desitinului, conţinutul de vitamine al acesteia joacă un rol însemnat. Härtel a făcut o comunicare la congresul de chirurgie 1934 despre încercări în clinica sa din Osaka cu aplicaţiuni locale de vitamine. Drigalski a confirmat mai târziu exactitatea acestei păreri. Experimentările sale au arătat că adaosul de vitamine, mai ales de vitamina A, este folsitor. Pe lângă aceasta, bacteriile sunt distruse extraordinar de repede în untura de peşte. Avem deci în afară de descoperirea practică străveche şi justificarea ştiinţifică a bunelor rezultate din punct de vedere biologic, realizate prin terapia cu untura de peşte.

Incă în 1916, Ritter, pe atunci în Posnania, a recomandat, pe baza experienţei căpătate în războiu, imobilizarea plăgilor infectate şi a fracturilor deschise, prin pansamente ghipsate neferestruite, pentru a obţine astfel o vindecare netă. Ideia de a asocia această punere în repaos cu puterea antiseptică a unturei de peşte veni în mod firesc. După câtva timp însă am părăsit pansamentele ghipsate complet neferestruite. Puroiul care se scurgea în masă le făcea foarte greţoase, mirosul devenind, în special în căldura verei, de nesuportat pentru bolnav însuşi şi pentru cei din jur. Am practicat din nou ferestruirea ghipsului sau am întrebuinţat gutiere potrivite, realizând astfel punerea în repaos. Bunele rezultate atinse ne-au dovedit, că prin acest procedeu cu siguranţă n'am dăunat bolnavului.

In plăgile proaspete, luându-ne după Friederich, am îndepărtat părţile detaşate pe cât posibil numai atât ca să nu lezăm nervi sau vase şi apoi am turnat şi aplicat Desitin Molle. Succesele au fost desăvârşite. S'a reuşit să se conserve complet, în primul rând întrebuinţarea pansamentelor cu Desitin Molle concomitent cu extensiunea, picioarelor unui om mai în vârstă, care în urma unei căderi pe pavaj dela etajul 4. suferise zdrobirea gravă deschisă a călcâelor şi gambelor. Aci am instituit imediat pansamente ghipsate ferestruite.

Impresionant de bune au fost rezultatele, când plăgile nu mai erau absolut curate ci deja infectate.

Tot aşa de evidentă a fost acţiunea favorabilă în procesele deja purulente. In abcesele încizate, furuncule purulente deschise, în panariţii, Desitin Molle a fost turnat (în cavitate). Noi am întrebuinţat aci foarte des numai gutiere, fără ca rezultatul să fie mai puţin bun.

In furunculele antracoide foarte întinse, excizia cu bisturiul electric şi apoi pansamentul cu Desitin Molle a dat rezultatele foarte bune.

Regiunea şezutului şi mai ales cea a şoldului sunt deseori expuse la decubitus. Aci am întrebuinţat de mulţi ani cu succes desăvârşit pomada Desitin, chiar dacă escara era datorită unui pansament ghipsat. Desitin Molle s'a arătat aci ca având exact acelaş efect. Necroza a fost eliminată foarte repede, plaga s'a strâns rapid şi s'a vindecat net cu cicatrice frumoasă.

Incă în 1925 Orbach a făcut un raport asupra tratamentului mulţumitor al arsurilor cu pomada Desitin şi tot aşa în 1926 Schede. Era deci firesc să întrebuinţăm şi Desitin Molle în arsuri. Se recomandă, ca în astfel de cazuri să nu se deschidă flictenele. Cine ştie din proprie experienţă, cât de dureroasă este presiunea lichidului, va inciza mai degrabă aceste băşici, păstrând pieliţa protectoare după cum am fost învăţaţi. Tot aşa am procedat şi cu Desitin Molle.

Stimulat de experienţa, că necrozele se elimină rapid prin întrebuinţarea Desitinului Molle, l'am turnat deseori în cavităţile osteomyelitelor acute cu formaţiuni necrotice ale părţilor moi şi oaselor. Deseori am aplicat pansamente ghipsate ferestruite sau am întrebuinţat numai o gutieră bine potrivită; de fiecare dată plaga s'a curăţat în scurt timp, căpătând granulaţiuni frumoase. Vindecarea continuând apoi net dela sine.

In osteomyelita cronică am spintecat abcesul, îndepărtat sechestrul, apoi s'a umplut cavitatea cu Desitin Molle. Acesta umple cavitatea goală nou formată a plăgei ca un tampon, nu împiedică însă mai puţin scurgerea secreţiilor, lucrează deci aproape ca un dren, deoarece ţine plaga deschisă până ce el însuşi se elimină. In caz că plaga nu e încă vindecată, atunci Desitinul Molle trebue desigur reînoit.

Bine înţeles nu trebue să se creadă, că numai prin întrebuinţarea de Desitin Molle sau a unui alt preparat de untră de peşte, se vindecă sigur orice osteomyelită acută. După cum însă bine a relevat Kirschner, technica pansamentului nu poate folosi decât puţin, atât timp cât persistă pericolul unei infecţii generale. Aci gravitatea infecţiei şi rezistenţa corpului hotă râsc soarta bolnavului. Rezistenţa pare a fi întărită prin pansamentele cu untura de peşte. Procesul localizat însfârşit într'unul sau mai multe focare se linişteşte îmbucurător de repede sub Desitin Molle.

In concizie se poate spune că Desitin Molle este o pomadă de o mare valoare terapeutică pentru plăgile proaspete, precum şi în procesele inflamatorii şi necrotice. Sub influenţa sa vedem regenerându-se în mod viu ţesutul. Cu toate puternicele sale proprietăţi de curăţire a plăgilor, Desitin Molle nu e iritant, ci dimpotrivă răcoritor şi linişteşte durerile. Schimbarea fără durere a pansamentului va impresiona totdeauna plăcut.

ACTUALITĂŢI DIN LITERATURA STRĂINĂ

Maladiile sistemului neuro-vegetativ

de **Dr. K. Müller**

Weisenheim a. Sand (Rheinpfalz). (Ref. după Therapie der Gegenwart 1938 Nr. 3).

Müller adimnistrează cu succes Betaxin-a (B^1) în cazuri de neurite;; la început se administrează cantităţi de câte 30 mg. Betaxin-ă, continuându-se apoi până la vindecare cu doze mai mici (2 mg.) Intervalul de timp între injecţii era de 1 — 2 zile. In decursul tratamentului cu dozele de 10 mg. singurele manifestaţiuni secundare, ca şi oboseala precum şi dureri trecătoare, erau semnalate la aproximativ 50% din bolnavii trataţi. *Müller*, în urma tratamentului unei nevralgii lombare executate pe sine însăşi (în total 90 mg. Betaxin-ă) confirmă ambele manifestaţiuni amintite. In cazurile în care se ajunge la vindecare în urma tratamentului cu Betaxin-ă, avem de a face cu granulome dentare, precum şi cu amigdalite supurate, cari urmează să fie îndepărtate resp. tratate. Pentru înlăturarea manifestaţiunilor secundare, *Müller* întrebuinţează Cantan-ul, astfel încât graţie acestei metode au fost înlăturate imediat durerile precum şi oboseala unui bolnav cu nevrită provenită în urma intoxicaţiei cu plumb, tratată cu Betaxin-ă. Bolnavii cari se plângeau de diferite manifestaţiuni secundare, apărute în urma aplicării Betaxin-ei, confirmă în mod unanim dispariţia acestor simptome imediat după aplicarea Cantan-ului *Müller*, în urma observaţiunilor făcute pe sine însăşi, precum şi în urma tratamentului executat la 33 bolnavi, recomandă administrarea intravenoasă de Betaxin-ă (10 resp. 2 mg.)+Cantan (0,5 resp. 0,1 g.) Cantitatea de Cantan în această combinaţie, poate fi mărită dacă mai există turburări. (In turburările neuro-vegetative, în insomnii *Müller* aplică aceeaşi formulă, însă cu doze reduse). In cazul unui bolnav de astm, în vârstă de 62 ani, s'a ajuns la o ameliorare (1 — 2 mg.), în timp ce doza de 10 mg. au produs un acces. In hipertireoze, angiospasme, migrene, turburări de menopauză, hipersecreţiuni gastrice etc. s'a ajuns la rezultate favorabile graţie aplicării combinate de Betaxin-Cantan. Chiar şi ulcerele gastrice şi duodenale pot fi influenţate în mod favorabil cu ajutorul acestor medicamente. Tulburările neuro-vegetative la diabetici, colitele canceroase se ameliorează, iar hiperemeza gravidară dispare după aplicarea combinată de Betaxin-Cantan. Se recomandă repetarea dozelor mici (1½ — 2 mg. B^1+0,1 g. C) tot la 2 — 4 zile. In general ajung 15 injecţii. In manifestaţiunile secundare doza este redusă la jumătate, intervalul dintre injecţii trebuie mărit, majorându-se cantitatea de Cantan. La 3 din 5 bolnavi de otoscleroză, trataţi după această metodă, s'a constatat o ameliorare importantă. S'au aplicat alternativ doze mari (peste 10 mg.) şi mici (2 mg.) în total 70 — 90 mg. La apariţia semnelor de oboseală, s'a administrat Cantan.

Narcoza fracţionată cu injecţii intravenoase de Evipan-sodic

de **A. Hofmann**

Spit. port. Hamburg: (Erg. Chir. u. Orthop 1933 vol. 31, pag. 913).

După ce *Hofmann a* experimentat acţiunea Evipan-ului sodic într'o serie de narcoze scurte, trece la narcoze de lungă durată. In urma acestei metode, nu au fost semnalate accidente. După o examinare minuţioasă, *Hofmann* se decide pentru întrebuinţarea instrumentariului după *Mack;* un sistem de tuburi cu 2 seringi. Aparatul este încărcat cu ser fiziologic (sau cu un adaos de citrat de sodiu). Pentru pregătirea narcozelor de durată lungă, bolnavul va sta nemâncat, ba se pot face chiar şi spălături de stomac. Ca medicamente se aplică cu ½ — 1 oră înainte Eukodal, Dilaudid, Morfină-Scopolamină, căreia i se adaogă puţină atropină.

Primul cmc. se injectează intravenos în 30 secunde (event. 60 secunde). După ce se determină doza individuală se injectează din lichidul preparat; *Hofmann* nu a depăşit niciodată cantitatea de 50 cmc. Se injectează tot la 5 minute câte 2 cmc. ser fiziologic pentru a împiedeca coagularea. Reinjectările urmează să se efectueze în mod lent, (ca şi mai sus). In unele cazuri faţa devine la început roşie, însă o paloare iniţială indică întreruperea imediată a narcozei şi trecerea la eter, dacă tensiunea scade cu 50 mm. Este de remarcat slăbirea pronunţată a defensei abdominale. In operaţiunile extremităţilor şi a organelor genitale, sunt necesare uneori cantităţi însemnate de Evipan-sodic. *Hofmann* susţine că nu a observat hipersecreţiuni ale căilor respiratorii în urma narcozei cu Evipan-sodic. Tulburări respiratorii nu se întâmplă, dacă maxilarul inferior este bine fixat. Diferenţa pulsului este de aproximativ 30 pe minut. Tensiunea sistolică şi distolică prezintă o diferenţă de maximum 40 mm. După încetarea reinjectării, reflexele apar în scurt timp, în special reflexele de deglutiţie şi tuse. Pentru redeşteptare se recomandă Coramină. Dacă este nevoe de injectare de glucoză, de transfuzie în decursul narcozei, aceasta va slăbi, narcoza astfel încât este nevoe de reinjectare de narcotic. Mai este posibilă şi o continuare de Evipan-sodic şi anestezie locală. Somnul postnarcotic este de obiceiu ½ — 1½ ore. Greaţa şi vărsături nu se semnalează, în schimb în unele cazuri, stări de excitaţiune cari pot fi combătute cu morfină. Amnezia este perfectă. Nu s'au observat leziuni ale vaselor, nici tromboze, sau alte leziuni organice. Abuzul de nicotină şi alcool, nu inhibează acţiunea Evipan-ului, ca şi la eter. Contraindicaţiunile sunt: Leziuni hepatice, procese inflamatorii ale planşeului bucal precum şi stările de şoc. Desavantajele narcozelor de durată, sunt şisughiturile provenite în urma acţiunei în peritoneu, iar avantajele constatate după 100 de cazuri se pot formula: 1) Bolnavul nu trebue pregătit în mod special; 2) premedicaţiunea; 3) adormirea agreabilă; 4) lipsa stărilor de excitaţiune; 5) stare de toleranţă perfectă; 6) respiraţie normală; 7) posibilitatea de întrerupere imediată a narcozei; 8) deşteptare rapidă; 9) medicamente puţine; 10) lipsa vărsăturilor; 11) lipsa complicaţiunilor pulmonare.

Narcoza în campanie

de **M. Krabbef**, Aachen

(Med. Klinik 1939, nr. 50, pag. 1591).

Pe lângă metodele obişnuite pentru narcoză, cu cloroform sau eter, medicul de campanie de azi poate alege între narcoze gazoase, intravenoase, precum şi rectale. In general, aplicarea în campanie a cloroformului, a N^{20}-ului şi a Narcilen-ei, nu este recomandabilă; în ceeace priveşte Avertin-a, aceasta poate fi aplicată cu succes în tratamentul tetanosului. Cea mai importantă inovaţie în ceeace priveşte conbaterea durerilor operaţiei în companie, o prezintă pe lângă aplicarea de cloretil-eter, precum şi a anesteticelor locale, narcoza cu ajutorul Evipan-ului sodic. Krabbel recomandă pentru anestezia locală Pantocain-ă în locul Novocain-ei obişnuite. In urma observaţiunilor făcute, Krabbel constată, că soluţia de Pantocain-ă 1%0, poate fi aplicată până la o cantitate de 300 cmc.

Câteva contribuţiuni importante pentru chirurgia de răsboi

de **M. Kirschner**, Heidelberg

(Chirurg 1939, nr. 22, pag. 769).

Pentru tratamentul plăgilor în campanie, Kirschner recomandă în locul tincturei de iod, o soluţie Zephirol-alcool 2%. Se recomandă această soluţie absolut neiritantă pentru tratamentul plăgilor, renunţând astfel la aplicarea de iod, Rivanol, Zephirol (simplu), iodoform şi vioform, fără a nesocoti însă valoarea acestor medicamente. In unele cazuri însă, tratamentele urmează să fie efectuate cu soluţii obişnuite de Zephirol. Profilactic urmează să se aplice în mod obligatoriu serul antitetanic, recomandându-se totdeodată şi aplicarea de Streptoserin, precum şi a Prontosil-ului.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53, şi Cluj, Calea Moţilor 18.

NOTIŢE TERAPEUTICE

Incercări de terapeutică a maladiilor psihice cu un analeptic cu acţiune centrală (Pervitin)

DR. MED. WARSTADT

Lucrare făcută la „Heil und Pflegeanstalt Berlin-Buch" (Director Dr. Brender)

Wiener Medizinische Wochenschrift No. 47/193

Autorul menţionează cercetări făcute cu Pervitin asupra 37 persoane psihic sănătoase.

A observat că două tablete Pervitin suprimă starea generală proastă care apare a doua zi după excese alcoolice.

Absorbţia prealabilă a 6 mgr. de Pervitin permite să se suporte o cantitate de alcool superioară cantităţii suportate în mod obicinuit.

Beţia survine mai târziu şi nu apare nici o stare de oboseală.

In multe cazuri durerile de cap au fost suprimate cu o tabletă de pervitin.

La fel într'un caz de migrenă, 1 tabletă a fost suficientă. Cauza acestui fenomen nu a putut fi determinată.

Este posibil ca aci să fi acţionat proprietăţile spasmolitice ale Pervitinei, proprietăţi dovedite experimental pe animale.

Autorul a mai încercat Pervitin în 8 cazuri de psihopatii, atinşi uşor de depresiuni, suferind de complexe de inferioriatte şi reacţii negativiste faţă de lume.

6 din aceştia au fost influenţaţi în bine devenind sensibili la încurajări, arătându-se activi în ocupaţiile lor.

In depresiuni grave întrebuinţarea Pervitinei nu este recomandabilă din cauza stării de excitaţii pe care o provoacă. In cazuri benine însă, Pervitina combinată cu opium dă cele mai bune rezultate. Pervitina având astfel o libertate de acţiune suficientă pentru a putea produce acţiunea ei analeptică.

Acţiunea stimulentă a Pervitinei şi-a dovedit valoarea în tratamentul dementelor, senile, paraliziei progresive, idioţiei abulice şi în Parkinsonismul postencefalitic (Asociată cu scopolamină).

In cazurile de stupoare catatonică o doză de 30 mg. injectate produc cu siguranţă un rezultat bun.

Asocierea Pervitinei la tratamentul catatoniei prin şocul cu Cardiazol dă cele mai fericite rezultate.

Şocul produce adesea o relaxare psihică care poate, sub influenţa Pervitinei să se termine în mod fericit.

Autorul mai menţionează şi tratamentul alcoolicilor şi al obişnuiţilor cu stupefiante.

Stimularea produsă de Pervitin permite alcoolismului o reluare mai rapidă a conştiinţei. Pentru morfinomani Pervitina poate înlocui antidotele.

Pervitina favorizează suprimarea crizelor de desintoxicare.

*

Pervitin un nou analeptic

DR. HERMANN MULLER-BONN

Lucrare făcută în secţia chirurgicală a Spitalului Sf. Iosif din Köln-Kalk

Die Medizinische Welt 1939 Nr. 39 Pg. 1315

Pervitin, 1 phenyl — 2 methylaminopropan, întocmai ca adrenalina, ephedrina, thyamina, în al căror grup se încadrează—are o acţiune tipică asupra circulaţiei periferice.

Ceiace îi dă *Pervitinei* un loc special între substanţele susmenţionate este *acţiunea ei centrală*, fapt nou şi foarte instructiv.

In doze mari Pervitin este un analeptic cu acţiune stimulentă centrală şi periferică.

Experienţele autorului se împart în două capitole:

1) Pervitin în colaps şi slăbirea circulaţiei post operatorii.

Autorul a întrebuinţat soluţia de Pervitin, înjectând-o intramuscular în cazuri de hypotonie şi collaps. Injecţiile au fost bine suportate.

Intâi s'a observat efectul asupra presiunii arteriale, apoi s'a produs ridicarea pulsului şi a respiraţiei.

In numeroase cazuri pacienţii au declarat în mod spontan că simt o ameliorare sau că «simt că le bate mai tare inima».

Această ameliorare se produce cam după 45 minute şi este mult superioară ca persistenţă celorlalte analeptice.

Remarcabil este că pacienţii care se scoală din somnul anestezic sub acţiunea Pervitinei, nu vomitează şi au o dispoziţie excelentă.

Deosebit de important este faptul că după administrarea Pervitinei şi mai ales postoperator pacienţii respiră mai adânc decât de obiceiu. Deasemeni ascultă mai bucuroşi prescripţiile medicale, putând fi convinşi să tuşească, pentru a expectora toate mucozităţile. Astfel pot fi evitate dacă nu bronchopneumoniile, cel puţin întârzierile periculoase în vindecarea bronchitelor.

2) Al doilea capitol de experienţă se ocupă de acţiunea psihică a Pervitinei.

Aplicarea Pervitinei în cazuri hipotoxice, mai ales la pacienţii a căror stare generală şi voinţă de vindecare este rău influenţată de starea de depresiune, a dat rezultate foarte favorabile.

Administrarea acestui preparat este cnosiderată de autor ca aptă de a învinge orice aversiune a pacienţilor, faţă de măsurile luate de medic. De sigur că echilibrul şi animaţia aduse de Pervitin în starea de spirit a pacientului sunt factori extrem de favorabili pentru vindecare.

S'a obesrvat chiar o mai bună rezistenţă la durere la pacienţii cărora li s'a adminisrtat doze mici de analgetice. Astfel durerile abdominale, după laparatomie au fost suportate remarcabil de bine, de pacienţii trataţi cu Pervitin.

Deasemeni acţiunea antihipnotică şi stimulentă a Pervitinei asupra persoanelor sănătoase a fost constatată de autor asupra medicilor şi surorilor cu serviciul de noapte. Două comprimate luate seara, împiedică somnul, procurând o bună stare generală, mărind şi capacitatea de lucru. Numeroase mărturii date de avocaţi, medici şi unii mecanici de locomotive, întăresc observaţiile de mai sus.

Dozarea Pervitinei se regulează după efectul dorit.

In concluzie autorul consideră acest remediu ca o îmbogăţire în domeniul tratamentului circulaţiei.

Asupra stării psihice depresiunea convalescenţii, rezistenţa la prescripţiile medicale, acţiunea Pervitinei este de asemeni remarcabilă; faptul însă complect nou este acţiunea Pervitinei asupra oboselii şi stării generale proaste, postnarcotice.

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenterie, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase, auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibacilozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele. Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.**

Afecţiuni urologice: **în cistite, instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **în pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

Cultura lichidă: Doza mijlocie un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). Cultura uscată: 4—8 comprimate pe zi.
Este recomandabil de a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată,* deoarece astfel desvoltarea intraintestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 221.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 12 — 10 Lei Exemplarul — 15 Iunie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

CRONICI

Prof. Dr. N. HORTOLOMEI: *M. S. Regele şi sănătatea publică* . . 141

Dr. PETRE TOPA: *Sănătatea publică în primul deceniu al restauraţiei* 142

PROBLEME SANITARE

Dr. I. BORDEA: *Probleme sanitare orientări şi desorientări. (Incheiere)* 148

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Conf. Dr. IULIU NITZULESCU: *Vitaminele în practica medicală curentă* 143

Dr. I. JOVIN: *Privire generală asupra radiologiei în timpul războiului* 145

REVISTA CĂRŢILOR

Profesor Dr. G. Băltăceanu: Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu 150

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

O conferinţă a medicilor primari de psihiatrie; Viitoarea salarizare a medicilor din serviciul statului; Activitatea medicală a Aşezămintelor Brâncoveneşti; Jubileul de zece ani al «Revistei de Igienă Socială». 151

Distribuirea diplomelor absolventelor şcoalei de surori dela Spitalul Central; Darea de seamă anuală a Spitalului Elias; Concurs de medici secundari la Spitalul Brâncovenesc 152

Ceea ce înseamnă SALVARSAN-UL pentru sifilis, reprezintă descoperirea preparatului

ULIRON

în tratamentul blenoragiei

In comparaţie cu sulfanilamida, Uliron garantează o toleranţă mai mare, împreună cu un efect terapeutic desăvârşit, deşi dozele faţă de sulfanilamidă sunt mai reduse. Acelaş efect îl are Uliron şi în infecţiuni stafilococice.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86.
Sucursala Cluj, Calea Moţilor 18, Tel. 37-22.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
- » antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
- » antistreptococic »
- » antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).

Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
- » antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
- » anticărbunos
- » antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
- » antipoliomyelitic
- » anticoli polyvalent
- » antistafilococic
- » antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
- » antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
- » normal de cal
- » normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
- » antistafilococic
- » antigonococic
- » antipneumococic
- » antitifo-paratific
- » antiholeric
- » contra tusei convulsive (Bordet)
- » anticoli (Gengou)

Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.

Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

V I T A P L E X

Vitamine „CHINOIN"

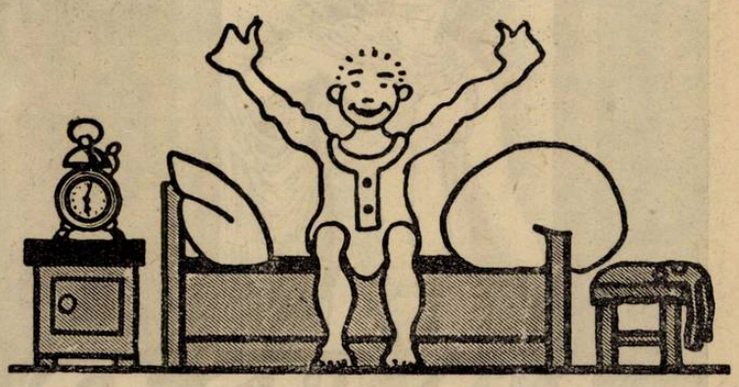
Numele preparatului — Substanta activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A = Vitamina A.	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ A+D = Vitamina A+D_2	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 U.I. Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B = Vitamina B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete*: tuburi cu 20 buc. *Injecţii*: cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C = Vitamina C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete*: tuburi cu 10 buc. *Injecţii*: cutii cu 5% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc. „ „ 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D (Devitol) = Vitamina D_2	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	În comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E = Vitamina E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

NOCTAL

DECI:

DEȘTEPTARE VIOAIE FĂRĂ TOROPEALĂ!



Hipnotic și sedativ foarte activ și totuși **lipsit de pericol.** Garantează acțiune rapidă și **degredarea complectă în scurt timp. Tentativele de sinucidere sunt fără urmări letale**

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

R U D O L F F O R E K,

București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu No. 6

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. — **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel — Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum — Angină strepto-difterică — Pleurezie purulentă.

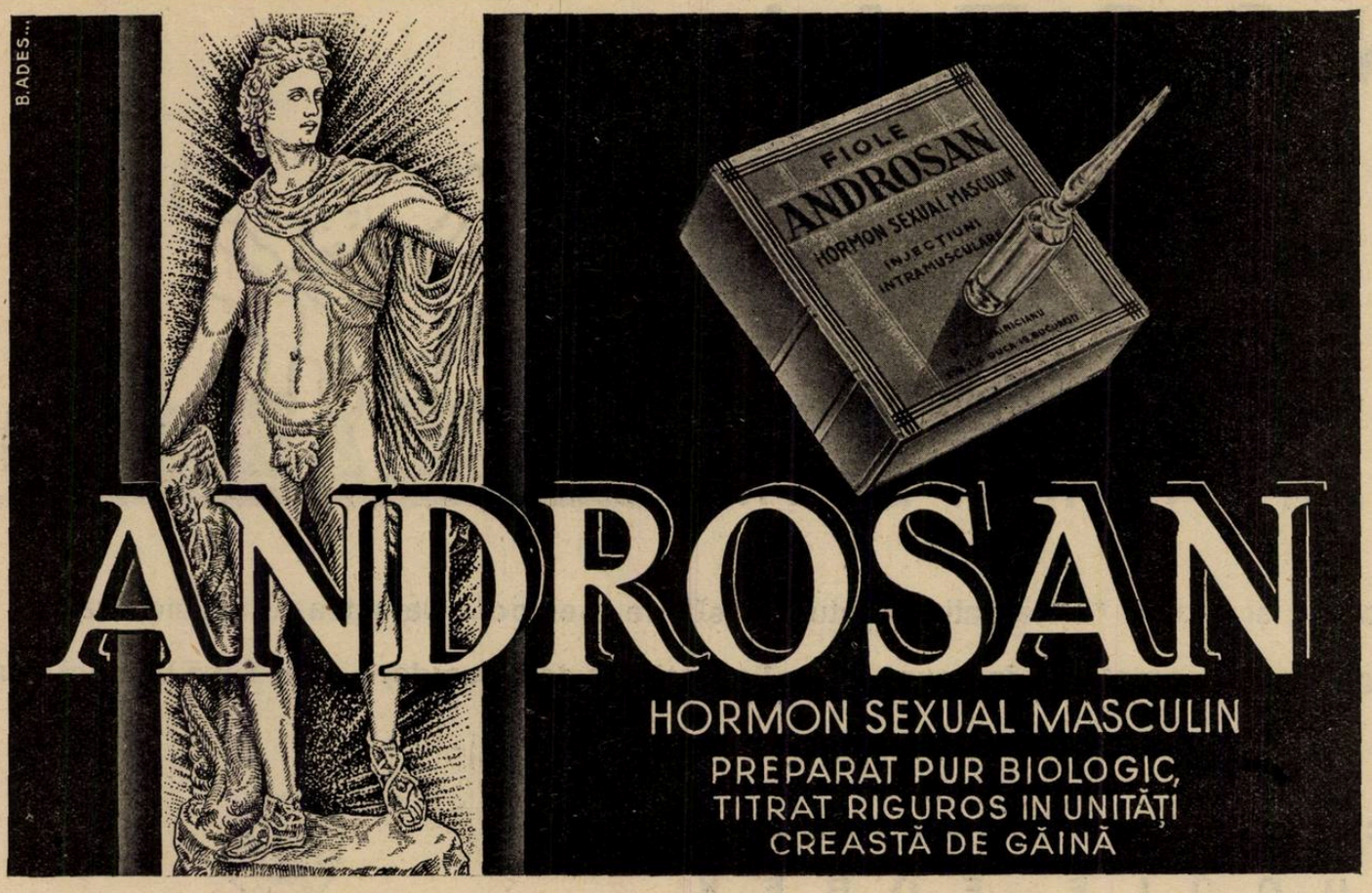
Stafilococie — Pneumococie — Meningococie Colibaciloză — Stări infecțioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulți:	6 — 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 — 12 ani:	3 — 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 — 5 ani:	1 — 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ — 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

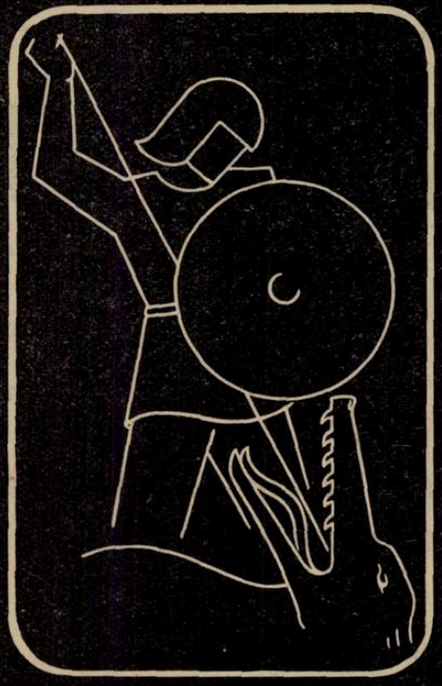


ANDROSAN

HORMON SEXUAL MASCULIN

PREPARAT PUR BIOLOGIC,
TITRAT RIGUROS IN UNITĂȚI
CREASTĂ DE GĂINĂ

Repr. ştiinţifică pentru România: „S. I. F." s. a. r., Bucureşti IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51



SOLU-SALVARSAN

Pentru injecţii intramusculare şi intravenoase.

Efecte rapide şi persistente asupra treponemelor şi simptomelor clinice. Absolut neiritant şi injectabil fără dureri. Bine tolerat chiar în injecţia intravenoasă.

Orice serie de fabricaţie este riguros controlată din punct de vedere chimic, biologic şi clinic.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 3-722.

Anul XVIII. No. 12 10 Lei Exemplarul 15 Iunie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

M. S. Regele şi sănătatea publică

de Prof. N. HORTOLOMEI
Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

Sănătatea publică, în înţelesul larg pe care i-l atribuim astăzi, este o noţiune cu totul nouă. Ea aparţine exclusiv epocei moderne.

In vechime, datoria ce şi-o asumau clasele dominante, se limita în a asigura poporului liniştea internă, pacea exterioară şi un minimum de bună stare materială.

Târziu şi încet problemele de sănătate publică încep să trezească interesul conducătorilor. Acest interes se manifesta mai ales în forme cari se mărgineau strict la asistenţă filantropică şi asistenţa spitalicească, de care beneficia numai individul bolnav.

Deabia la o epocă foarte apropiată de a noastră s'a ajuns la concepţia care este în acelaşi timp ştiinţifică şi umanitară, după care sănătatea publică este o acţiune de Stat, care trebue organizată şi condusă în aşa fel, încât toate straturile sociale să poată beneficia de ea.

In vremurile atât de grele prin care trecem, sănătatea publică a mai căpătat şi o covârşitoare importanţă din punct de vedere naţional. Prin mărirea potenţialului de luptă şi rezistenţa fizică pe care le aduce colectivităţii, ea înfăţişează în realitate, un alt aspect al apărării naţionale.

Astfel concepută acţiunea de îngrijire a sănătăţii publice adoptă în mod general ca directivă technică, metoda preventivă, urmărind ocrotirea şi punerea în valoare optimă, a întreg capitalului uman al unei colectivităţi.

Intr'o problemă aşa de complexă ca aceea a unui neam, un deceniu nu constitue un interval de timp suficient pentru a preţui, în adevărata lor valoare, realizările cari s'au putut obţine.

Cunoscând însă în amănunt, pe de o parte reformele înfăptuite şi munca stăruitoare ce s'a depus necontenit în acest domeniu, iar pe de altă parte

ameliorarea organizaţiei noastre sanitare şi îmbogăţirea mai tuturor regiunilor ţării, cu atâtea instituţii şi opere noui şi moderne, căpătăm convingerea că în ultimul deceniu s'a realizat în domeniul sănătăţi publice un admirabil efort, care a dus la mari rezultate.

Cauza progresului realizat trebue căutată în schimbarea totală de concepţii şi de modă şi adaptarea continuă la principiile de medicină preventivă şi igienă socială.

A fost necesară pentru aceasta o minuţioasă operă de legiferare, începând cu reforma Legii Sanitare vechi, cu întemeierea unui Fond sanitar special şi a unor venituri afectate anume sănătăţii, cu legiferarea măsurilor de luat pentru toate marile probleme sanitare specifice populaţiei, cu reglementarea tuturor chestiunilor de detaliu şi de aplicare pe teren.

A fost necesară o continuă sporire a personalului nostru medical şi a personalului sanitar auxiliar şi în acelaşi timp o specializare din ce în ce mai mare a lui, ca să poată face faţă tuturor nevoilor.

S'a ajuns astfel, la o creştere a numărului medicilor rurali, dela 1 pentru 13.522 locuitori, la 1 pentru 8.672 locuitori.

Avem astăzi corpuri bine pregătite de surori de ocrotire şi asistente sociale, cari nu existau înainte de anul 1930 şi al căror număr trebue sporit.

S'au făcut considerabile sacrificii materiale, pentru punerea în funcţiune sau ameliorarea instituţiilor noastre medicale, preventive şi curative, sacrificii cari numai la capitolul construcţii însumează cifra de un miliard lei.

S'a dat ţării o organizare de igienă socială care astăzi nu mai are decât a se desvolta organic în timp, pentru a da toate roadele ce se aşteaptă dela ea. Centre de sănătate urbane şi rurale, create în diferite regiuni ale ţării, ca să servească drept model, îndrumate de institutele de pueri-cultură, etc. şi deservite de medici pregătiţi cu o specializare tot mai accentuată, nu vor întârzia, suntem siguri, să aducă o îmbunătăţire a situaţiei sanitare la ţară. Prin aceste centre s'a perfecţionat combaterea maladiilor infecto-contagioase, atât prin introducerea celor mai noui metode de imunizare, (vaccinarea obligatorie antidifterică, vaccinarea antiscarlati-

noasă, antitifică, etc.) cât şi prin organizarea şi modernizarea instituţiunilor utilizate în combatere (crearea a 38 noui pavilioane pentru îngrijirea boalelor contagioase; crearea a 27 subcentre pentru tratamentul turbării etc.). Tot prin aceste centre de sănătate s'a putut lupta cu mai mult succes în contra bolilor sociale.

In ce priveşte aceste din urmă boale, în ultimul deceniu s'au înfiinţat un număr de staţiuni de cercetări ştiinţifice asupra malariei şi pelagrei; s'au creat posibilităţi mult crescute pentru internarea bolnavilor tuberculoşi şi contagioşi (2000 paturi în 1930; 6374 în 1940) şi s'au intensificat măsurile pentru depistarea tuberculoşilor la începutul boalei prin crearea a 65 de noui dispensarii.

La 20 Ianuarie 1937 într'o şedinţă prezidată de M. S. Regele s'a hotărât crearea comisiunii de asanări malarice şi s'au pornit admirabile lucrări de asanare a terenurilor inundabile, care vor aduce imense servicii şi agriculturii naţionale şi sănătăţii publice.

Igiena colectivă şi individuală au făcut deasemenei foarte mari progrese în ultimul deceniu, datorită operei de educaţie pe care au întreprins'o organele noastre sanitare, prin metode noui, utilizate pe o scară întinsă, (anchete medico-sanitare regionale, monografii comunale, săptămâni de igienă, anchete alimentare, etc.)

In ce priveşte Ocrotirea şi asistenţa socială, capitole de sănătate publică, care înglobează un mare număr de probleme foarte greu de soluţionat, putem spune că mai ales în vechiul Regat, opera a trebuit să fie luată de la început. Voi da aci un singur exemplu care ne va arăta progresul realizat în ultimul deceniu. Se ştie, că ţara noastră are o foarte mare — una din cele mai mari — mortalităţi infantile, cu toate acestea în 1930 ministerul Sănătăţii avea în toată ţara numai 6 dispensarii de puericultură. Dacă vom spune că în momentul de faţă ministerul Sănătăţii are 1050 de acest fel de dispensarii (dintre cari 370 au fost deschise la 1 Aprilie a. c.) se va putea vedea cât de mari au fost eforturile făcute în acest sens.

O seamă de alte instituţii ca: preventorii, colonii de vacanţă, cantine şcolare (6000 astăzi), cămine de zi etc. îngrijesc în momentul de faţă de sănătatea unor categorii aparte de copii.

Asistenţa socială a fost şi ea organizată pe noui baze ştiinţifice. S'a părăsit metoda filantropiei libere şi nedocumentate şi s'a înlocuit cu asistenţa organizată pe bază de anchete sociale şi pe principiul îndreptării treptate a situaţiei de dependenţă socială a asistatului. Oficiile de ocrotire, centre de ocrotire, azilele, plasamentul în familii, şcolile pentru infirmi, coloniile de muncă, etc., pe cari le întreţine astăzi Statul, oferă pentru toate categoriile de copii şi adulţi dependenţi sociali, posibilităţi de asistenţă necesară, raţională.

Proiectul de lege pentru ocrotirea familiei, mamei şi a copilului şi a asistenţei sociale, constitue un cod general, care va situa aceste probleme pe adevăratele baze legale şi ştiinţifice ce se cuvin a li se da.

Realizarea acestei largi asistenţe cere sacrificii materiale, dar nici un sacrificiu nu poate fi socotit mare, când e vorba de sănătatea poporului, căci ea nu poate fi asigurată decât cu apostolatul medicilor şi înţelegerea guvernanţilor care trebue să dea cât mai multe mijloace materiale.

La toată această operă de metodică şi minuţioasă aşezare a sănătăţii publice, într'un cadru de organizare larg şi bazat pe date ştiinţifice noui, nimeni nu a contribuit mai mult decât M. S. Regele stârnind iniţiativele, ajutând şi grăbind înfăptuirile.

Majestatea Sa Regele a luat sub Inalta Sa protecţie sănătatea publică. In special probleme cari se referă la medicina preventivă şi socială, au căpătat o mare desvoltare sub îndrumarea Sa.

Majestatea Sa Regele imprimă tuturor acelor care au răspunderea departamentului Sănătăţii, o atenţie şi realizări continui. Mersul epidemiilor, combaterea boalelor contagioase prin vaccinări etc., se aduce zilnic la cunoştinţa Suveranului printr'un buletin, iar la audienţele de lucru I se prezintă un tablou complect de situaţiunea lor.

Asanarea terenurilor malarigene, în scop de a combate malaria, a plecat tot din iniţiativa Regală.

Tuberculoza este una din problemele cari au preocupat pe M. S. Regele şi de multe ori M. S. a prezidat comitetul pentru combaterea tuberculozei.

Mare înfăptuitor, animator, exemplu de muncă neobosită pentru toate problemele de interes obştesc, îndemn pentru mari realizări, Majestatea Sa Regele a insuflat tuturor muncă susţinută pentru neam şi ţară.

Recunoscător pentru marele interes pe care Majestatea Sa l'a arătat întotdeauna problemelor sanitare, Corpul sanitar al ţării îşi dă seama, de acest sfârşit de deceniu cât de mult El Si-a pus pecetia Sa personală pe opera înfăptuită.

Iată pentru ce în calitate de ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, aduc astăzi un respectos omagiu Ctitorului Sănătăţii publice din ţara noastră.

Sănătatea publică în primul deceniu al restauraţiei

de Dr. PETRE TOPA
Subsecretar de Stat la Ministerul Sănătăţii Publice şi Ocrotirilor Sociale

Nu se mai poate tăgădui că ideile şi metodele privitoare la sănătatea publică au suferit o fundamentală schimbare în ultimul deceniu. Adoptarea principiilor de prevenire a bolilor la omul sănătos şi deci pentru întreaga massă a populaţiei, prevenire ce se bazează mai ales pe educaţia higienică şi pe ridicarea stării ei economice, au realizat cu adevărat o revoluţie în ideile şi în acţiunea sanitară organizată. Această schimbare de metodă şi de scopuri au adus implicit o neaşteptată popularizare a medicinei. Astăzi posibilităţile ei nu ating numai pe individul izolat, în măsura în care el e înarmat cu mijloace materiale şi cu calităţi intelectuale, care să-i dea posibilitatea şi imboldul de a-şi îngriji sănătatea şi a-şi alege mijloacele potrivite. Astăzi grija pentru sănătatea tuturor este una din principalele preocupări şi probleme de Stat, iar măsurile ce se iau pentru sănătatea publică au totdeauna ca obiectiv colectivitatea în întregul ei.

Pentru poporul nostru care nu a prezentat în cursul istoriei o erarhie de clase suprapuse şi diferenţiate prin privilegii prea deosebite, aşa cum s'a întâmplat în toate societăţile plutocratice, popularizarea medicinei a dat mari posibilităţi de viaţă şi de viitor în special păturei rurale. Cele 80% din ţărani, massă demografică din care se alimentează mereu cu puteri noui toate clasele noastre intelectuale şi orăşeneşti, aşteptau cu răbdare de secole un alt mod de distribuire a binefacerilor pe cari medicina le-a pus la dispoziţia omenirei.

Populaţia noastră rurală aşa cum a ieşit ea slăbită şi diminuată din punct de vedere economico-social, după secole de neîncetate lupte cu vicisitudinile istorice, oferea în adevăr cel mai larg câmp de acţiune pentru posibilităţile noui pe cari medicina aplicată ni le-a pus la dispoziţie.

Această ţărănime a beneficiat însă şi de un fericit eveniment istoric, întâmplat tocmai în momentul când se punea ţării chestiunea schimbării fundamentale a politicei noastre sanitare. Suirea pe tron a M. S. Regelui Carol al II-lea, a impus alegerea definitivă a căiei şi metodelor sanitare favorabile ţărănimii aşa cum erau aşteptate dela o Domnie creatoare.

Dacă aruncăm o privire asupra a tot ce s'a realizat în ce priveşte sănătatea publică în ultimii zece ani, tre-

BISMUTOTERAPIA SIFILISULUI

PE CALE INTRAMUSCHIULARA

NÉOCARDYL

SOLUTIE OLEIOASĂ de butil-tio-laurat de bismut

INJECTII NEDUREROASE ELIMINARE INCEATA SI CONTINUA

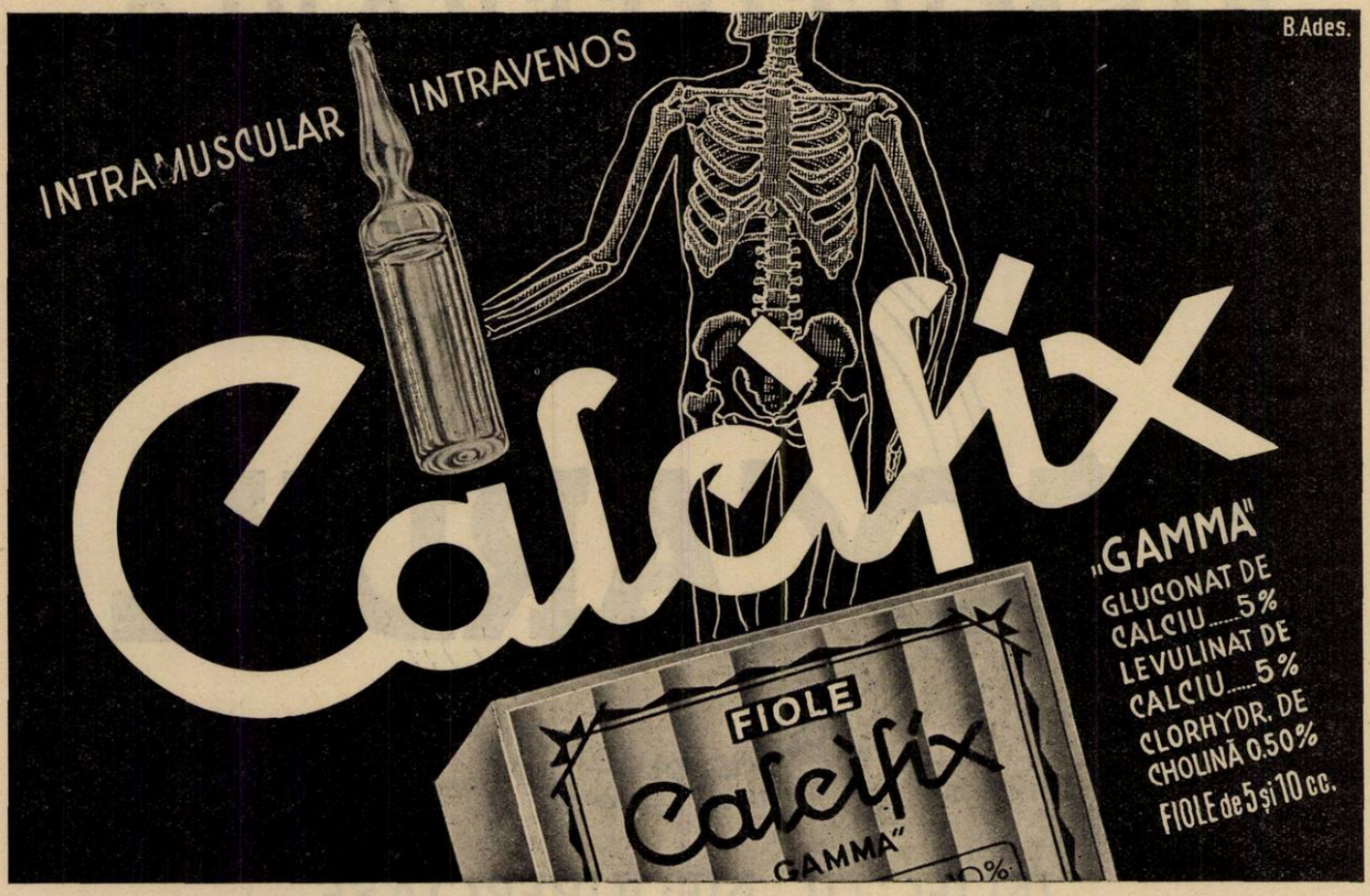
Prezenta sulfului în molecula favorizeaza actiunea terapeutica datorita proprietatilor sale antitoxice.

NEOCARDYL
(PENTRU ADULTI)
cutii cu 12 fiole de 1 1/2 cc. continând 0,075 gr. de bismut metal

NEOCARDYL
(INFANTIL)
cutii cu 10 fiole de 1 cc. continând 0,015 gr. de bismut metal

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

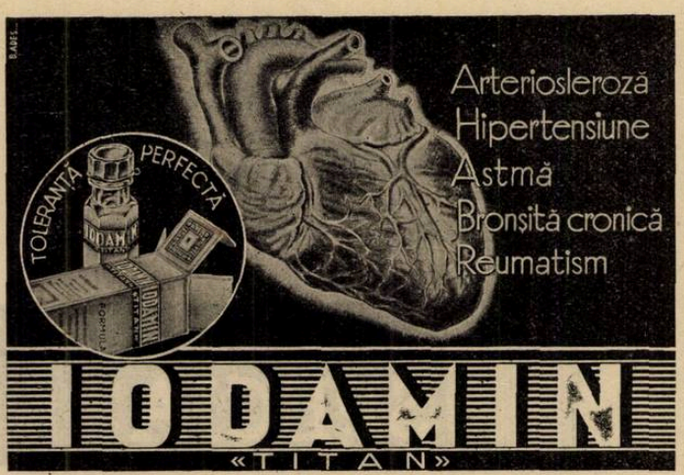
Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III



SILENTAL

„GAMMA"

NEUROSEDATIVUL CU ACŢIUNE CONSTANTĂ



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

bue să constatăm că mai ales în acest domeniu toate preocupările şi toate inovările s'au îndreptat în special spre populaţia rurală. Medici şi personal ajutător în număr tot mai mare instituţii de ajutor medical tot mai bine înzestrate, organizări preventive sub formă de plăşi model şi centre moderne de sănătate, săptămâna igienei, mijloace tehnice de luptă medico-sanitară tot mai perfecţionate, au tins în ansamblul lor să rezolve problemele sanitare rurale, să ridice starea demografică a ţărănimii, să-i redea puterea de viaţă în general.

In problemele speciale cu caracter larg naţional, pentru oricare dintre ele a fost necesar un plus de prestigiu şi un plus de autoritate, găsim numele M. S. Regelui în fruntea organizaţiunilor şi comitetelor alcătuite special ca să le soluţioneze.

Dacă problema gravă a tuberculozei şi-a găsit drumul adevărat, faptul se datoreşte mai ales interesului pe care M. S. Regele l'a acordat acestei probleme, neezitând să ia Preşedinţia activă a Ligii Naţionale contra tuberculozei, creiată din iniţiativa Sa.

Dacă în problema malariei, care face mii de victime în ţara noastră, s'a mers până la metodele cele mai pretenţioase în aplicare, adică până la opera grea de asanare a terenurilor inundabile, aceasta se datoreşte deasemenea aceluiaşi Inalt Factor, care nu a pregetat să iniţieze o Comisiune interministerială specială, care se ocupă astăzi cu această operă constructivă.

Evoluţia demografică normală a populaţiei e supraveghiată atent cu părintească grijă şi cu documentată înţelegere; o simţim aceasta ori de câte ori luăm cunoştinţă de participarea Reprezentantului şi darurile Regale, la botezuri de copii, la cununii colective sau împărţiri de premii familiilor numeroase, în satele din cele mai depărtate colţuri ale ţării.

Dacă problema ocrotirei mamei şi copilului şi cea a asistenţei sociale, printre cele mai dificile probleme ce se pun unui stat agrar, sunt pe cale de a fi soluţionate, şi această izbândă se datoreşte în primul rând unei Inalte sugestiuni şi unei Inalte înţelegeri.

Iată pentru care motive socotim că primul deceniu de Domnie populară, înseamnă în primul rând un deceniu de izbândă sanitară.

Este deajuns să constatăm că: din Inalta voinţă salvatoare sănătatea publică înseamnă apărare naţională, iar pentru acei cari cunosc calea parcursă timp de 10 ani în ce priveşte sănătatea poporului nostru, nu mai poate fi îndoială asupra căilor juste şi rezultatelor finale pe care Indemnul creator al M. S. Regelui le-a impus organizaţiei sanitare.

VITAMINELE IN PRACTICA MEDICALA CURENTA

de Conf. Dr. IULIU NITZULESCU

Studiul vitaminelor şi utilizarea lor în practica medicală curentă s'au desvotat în ultimii ani cu o repeziciune impresionantă. Nenumărate publicaţii medicale şi paramedicale au popularizat datele şi concluziile acestor cercetări şi ţin neîncetat în curent pe medici cu încercările terapeutice, din ce în ce mai numeroase. Cum se întâmplă întotdeauna în asemenea împrejurări, noile descoperiri şi neîndoioasele succese clinice, au putut conduce pe cei mai entuziaşti la exagerări şi la concluzii grăbite, prea puţin justificate de fapte. Pe de altă parte, şi prin o reacţie firească, medicul cu mai mult spirit critic se poate întreba neîncrezător, la cât de puţin se reduce în realitate pentru practică, chestia vitaminelor?

Deaceea îmi propun să discut în acest articol, dacă utilizarea unei vitamine, ca medicament adjuvant în tratamentul diferitelor sindroame sau boli, fie acestea de o etiologie infecţioasă, fie de etiologie metabolică, poate fi justificată?

Nu mai rămâne nici o îndoială astăzi, că fiecare vitamină se comportă ca un adevărat medicament specific al sindromului clinic, datorit lipsei ei din alimentaţie. Cercetările experimentale, izolarea chimică şi sinteza vitaminelor au dovedit pe deplin existenţa sindromelor de carenţă vitaminică. Diversele turburări funcţionale sau chiar organice, (atunci când nu au ajuns încă în stare ireversibilă), cedează prompt la tratamentul cu vitamina specifică. Şi citez astfel tratamentul hemeralopiei cu vitamina A, tratamentul scorbutului cu vitamina C, sau minunatele rezultate obţinute în tratamentul turburărilor cardiace şi circulatoare din Beriberi, prin tratamentul cu vitamină B. Nici digitala, nici un alt tonic cardiac nu pot combate grava decompensare circulatoare, pe care câteva grame de aneurină o fac să dispară cu uşurinţă.

Incurajaţi de asemenea succese, numeroşi cercetători au voit să vadă, dacă vitaminele nu pot avea vreo acţiune utilă şi în diverse sindrome, în care existenţa unei carenţe nu se poate preciza.

Ca să menţin exemplul vitaminei B. pe care l'am ales mai înainte, succesul deplin obţinut în polinevrita beriberică a determinat încercări de terapeutică în celelalte diverse sindrome polinevritice. S'au publicat astfel numeroase rezultate, din cele mai încurajatoare, în polinevrita alcoolică, în nevralgii, sciatice reumatice etc., Trebue să recunoaştem însă că rezultatele nu au fost totdeauna satisfăcătoare şi că nu se poate preciza deocamdată cari sunt condiţiile în care terapeutica acestor nevralgii şi nevrite prin vitamina B poate fi indicată?

In turburările polinevritice beriberice succesul vitaminei B, e categoric, pentrucă întreg sindromul e provocat tocmai de avitaminoză. In celelalte cazuri, este evident că factorii etiologici şi patogenici respectivi îşi păstrează toată importanţa lor, şi că rolul vitaminei nu poate fi decât acela de medicament adjuvant, simptomatic.

Din acest punct de vedere, rezultatele cele mai constante par să fi fost obţinute în turburările nervoase care apar la alcoolici. De curând Bickel a tratat cu vitamina B, şi cu acelaş succes ca şi în decompensarea beriberică, turburările funcţionale cardiace, grave, întâlnite la unii alcoolici. De aceea s'a şi pus întrebarea, dacă în asemenea cazuri, turburările care cedează, nu sunt datorite unei carenţe vitaminice ignorate.

In cazul alcoolismului, faptul acesta este posibil, ba chiar este foarte probabil. Toţi autorii au atras atenţia asupra gravelor turburări digestive, care pot împiedeca la alcoolici rezorbţia vitaminei B, atunci când alimentaţia o aduce în cantitate normală. Dar în afară de aceasta s'a dovedit că vitamina B, e un component esenţial în lanţul fermenţilor care conduc metabolismul hidrocarbonaţilor. Nevoia de vitamină B, creşte cu atât mai mult cu cât acest metabolism e mai exagerat şi e foarte probabil că şi abuzul de alcool contribue la mărirea consumului ei, eventual la distrugerea ei.

In acest caz turburările nervoase ale alcoolicilor ar intra deplin în cadrul adevăratei vitamine B, şi succesul tramentului s'ar explica uşor. Nu e mai puţin adevărat că atunci vitamina B încetează să mai fie o boală exotică şi că aneurina îşi extinde puterea ei terapeutică la o sumă întreagă de cazuri, pe care le putem întâlni în orice clinică, şi pentru care ea poate deveni medicamentul cel mai important.

Ar fi însă greu să admitem o explicaţie similară pentru toate cazurile, (nevralgii, sciatice de etiologie diversă) în care vitamina B, a părut să exercite o acţiune remarcabilă. E posibil ca în unele din aceste cazuri alcoolul, deşi mărturisit, să fi contribuit la patogenia turburărilor. Ar fi poate aceasta o explicaţie care ne-ar lămuri pentru ce rezultatele favorabile au fost mult mai numeroase în ţările occidentale decât la noi, unde cazurile de adevărat alcoolism cronic sunt mult mai rar întâlnite.

Totuşi vitamina B, a putut fi utilă şi în cazuri, în care nu părea să fie vorba nici de o stare de carenţă. Citez astfel

acţiunea analgetică în durerile intolerabile din herpesul cornean. In cele două cazuri pe cari le-am urmărit împreună cu d-na dr. E. Triandaf, bolnavii au putut să doarmă liniştiţi pentru prima oară dela începutul boalei, numai după prima injecţie de vitamină, şi am avut impresia că şi evoluţia boalei a fost scurtată. Era vorba deci de o boală infecţioasă, acută, localizată, în care durerile sunt un simptom constant. Mai putem admite în acest caz rolul unei hipovitaminoze preexistente?

Dacă admitem că vitaminele nu au nici o altă acţiune curativă decât în cazul unei carenţe respective, ar trebui să respingem «a priori» orice alte posibilităţi de utilizare a lor cu succes. Ni se pare totuşi firesc să ne întrebăm dacă, în anumite condiţii, vitaminele nu ar putea exercita acţiuni fiziologice utile, chiar atunci când organismul nu se găseşte în stare de carenţă. Aceasta e şi opinia pe care o adoptă *Stepp*, *Kuhnau* şi *Schröder* în tratatul lor recent asupra vitaminelor.

De fapt, vitaminele sunt substanţe chimice bine definite. Ele nu se deosibesc ca acţiune fiziologică de secreţiile endocrine, de care le diferenţiază doar faptul, şi el numai relativ adevărat, că nu pot fi sintetizate de organismul animal. Ca şi acestea ar putea exercita deci o acţiune farmacodinamică, eventual utilizabilă în clinică. La fel folosim curent adrenalina şi atunci când nu e vorba de insuficienţă suprarenală sau insula în afară de diabet.

Dacă vitamina A e indispensabilă menţinerii integrităţii celulelor epiteliale şi intervine activ în metabolismul lor, nu e absurd să ne aşteptăm ca un surplus de vitamină aplicat local să modifice procesele de reparaţie ale unui epiteliu lezat, fie accelerându-le fie chiar contrariindu-le şi aceasta independent de orice carenţă de vitamină A. Existenţa sindromelor de hipervitaminoză A şi D, care pot duce până la turburări mortale, ne dovedesc că cel puţin unele din vitamine nu sunt substanţe a căror acţiune să se mărginească la o simplă acoperire a unei carenţe. Dacă organismul pare că se poate apăra mai bine împotriva unui exces de vitamine hidrosolubile B sau C. nu înseamnă că şi acestea pot avea anume acţiuni farmacodinamice.

Un exemplu interesant din acest punct de vedere este acela al acidului nicotinic. Pentru autorii americani acidul şi amida nicotinică sunt adevărata vitamină antipelagroasă, şi previn şi vindecă pelagra experimentală a cânelui (backtongul) şi dau rezultate excelente în pelagra umană. Rezultatele obţinute la noi în ţară nu au fost chiar aşa de strălucite, astfel în cât problema vitaminei antipelagroase nu e încă bine lămurită. M'am întrebat dacă pelagra e datorită unei simple carenţe nicotinice sau dacă nu cumva rezultatele favorabile obţinute nu ar fi datorite tot unei acţiuni farmacodinamice pe care acidul nicotinic o exercită incontestabil în organism. Dealtfel Coramina, medicamentul cardiovascular bine cunoscut, nu e din punct de vedere chimic decât un derivat dietilic al amidei nicotinice.

Există vreo legătură între această acţiune cardiovasculară a coraminei sau între acţiunea vazomotorie uşor vizibilă pe care o exercită acidul nicotinic în organism şi rolul de constituent indispensabil al cofermentului respirator pe care-l are nicotinemia în metabolismul celular? Nu am putea răspunde la această întrebare, dar nu ar fi imposibil ca aceste două fenomene să fie independente unul de altul.

Putem, aşa dar, concepe posibilitatea unei acţiuni terapeutice a vitaminelor în afară de orice carenţă prealabilă. In cadrul acesta ar intra spre exemplu şi acţiunea anafilactică pe care o exercită vitamina C şi asupra căreia am stăruit mai de mult în paginile acestei reviste.

Să revenim însă la cazurile în cari diversele procese morbide pot, întocmai ca şi alcoolul, să dea naştere la o adevărată carenţă şi să puie indicaţia unei terapeutici corespunzătoare.

E bine stabilit astăzi că în cursul oricărei stări febrile cantitatea de vitamină C, (desigur şi ea un factor important în arderile celulare), pe care o consumă organismul e considerabil crescută. Tot aşa creşte dealtfel şi nevoia de insulină în organismul diabetic febril.

In acelaş fel creşte nevoia de vitamină D în rahitism. Nici boala experimentală la şobolan, nici rahitismul copilului nu sunt datorite unei carenţe iniţiale de vitamină D. Rolul etiologic esenţial revine în cazul sindromului experimental desechilibrului mineral din alimentaţie, în cazul boalei sugarului, turburărilor digestive, infecţiilor sau altor cauze neprecizate. Toate acestea, turburând procesul normal al osificării, cresc nevoia de vitamină D mult peste cantitatea care ar fi suficientă în condiţiile normale. Un sugar normal nu are niciodată nevoie de cantitatea de untură de peşte, de vitamină D sau de radiaţii ultraviolete, care devin indispensabile sugarului bolnav. Niciodată alimentaţia şi viaţa în condiţii normale nu vor putea furniza asemenea cantităţi de vitamină. Vitamina administrată de noi vine să corecteze deci un proces morbid pe care nu deficienţa ei l'a produs.

In chipul acesta am putea să ne explicăm dece dozele utile ale vitaminei-medicament, sunt mai mari decât acelea necesare restabilirei unei simple carenţe. Cantitatea de vitamină necesară unui metabolism, care altfel e normal, e mai mică decât acea cerută pentru corectarea unui metabolism turburat.

Toate exemplele de mai sus ne arată că încercările de terapeutică prin vitamine pot fi justificate şi în cazuri în care nu e vorba de o carenţă alimentară, dar în care am putea acoperi un consum neobişnuit de mare (aşa zisele carenţe de utilizare), sau chiar în cazuri când putem utiliza anumite proprietăţi farmacodinamice ale acestor hormoni activi, în cazul unei adevărate medicaţii simptomatice.

Dar aceasta nu înseamnă că vitaminele pot deveni un nou Panaceu creat de ştiinţa modernă ca să înlocuiască panaceele medievale. Fără îndoială că nu toate încercările terapeutice sunt sortite să aibă acelaş succes. Precizarea condiţiilor acestui succes este cât se poate de dificilă. Studiul terapeuticei boalelor interne rămâne totdeauna influenţat şi de auto-sugestia pacientului şi chiar aceea a medicului. Succesul trecător al atâtor medicamente «la modă» o dovedeşte. Studiul acţiunii farmacodinamice a vitaminelor e abia la început. Cele expuse mai sus ne arată că el e pe deplin justificat. Rolul vitaminelor, ca hormoni indispensabili în cursul metabolismului e încă foarte imperfect cunoscut. Cercetări amănunţite şi sistematice rămân de făcut nu numai în laborator ci şi în clinică. Rămân însă încredinţat că vitaminele vor găsi aplicaţii clinice preţioase chiar dacă multe din afirmaţiile prea grăbite de astăzi nu se vor verifica.

BIBLIOGRAFII

Dr. M Zavergiu-Teodoru: Depistarea Tuberculozei.

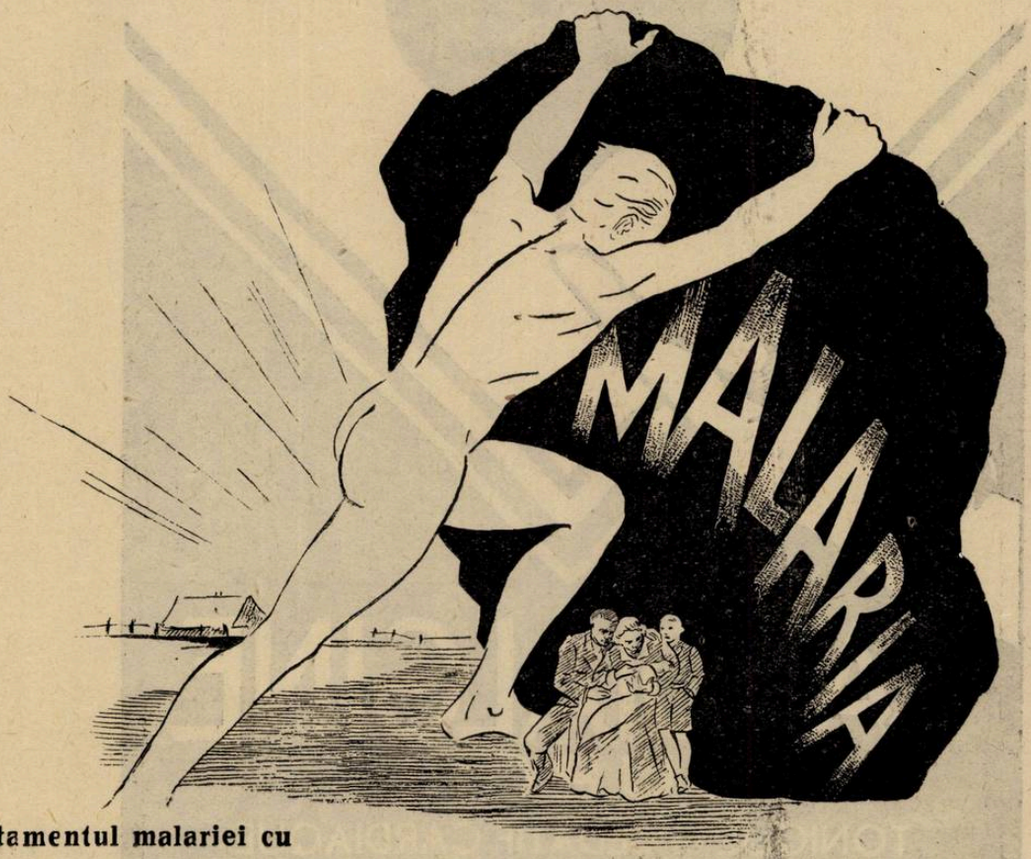
Autorul a făcut o interesantă lucrare de medicină preventivă, studiind clinic, radiologic şi prin intra-dermoreacţie cu tuberculină cei 567 elevi ai liceului comercial N. Kreţulescu din Bucureşti.

D-rul M. Zavergiu ajunge la următoarele concluziuni:

«O stare socială mai bună a micului comerciant, funcţionar, meseriaş, agricultor, se va răsfrânge în mod favorabil asupra sănătăţii copiilor lor.

Intra-dermo-reactia cu tuberculină şi radioscopii pulmonare (în cazuri de absolută nevoie, radiografii), sunt necesare la toţi elevii şcoalelor româneşti.

Depistând tuberculoza în şcoli, facem o operă socială îngrijind sănătatea viitorilor cetăţeni ai ţării româneşti».



Tratamentul malariei cu

ATEBRIN

este scurt: 5—7 zile;

simplu: 3 tablete pe zi

radical: efect terapeutic desăvârşit, cu o cotă mică de recidive.

fără pericol: fără efecte secundare. Indicat şi în timpul sarcinei.

Se asociază eventual o cură cu preparatul gametocid **PLASMOCHIN**

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel: 37-22.

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Domnii Medici găsesc la dispoziţia D-lor, mostre gratuite la cerere.

Privire generală asupra radiologiei în timpul războiului

de Dr. I. JOVIN
Conferenţiar la Facultatea de Medicină

Problemele cari se ridică în faţa radiologiei angajate în campanie sunt de natură diversă. Se pune în primul rând problema de organizare în cadrul general al Serviciului Sanitar. Este în afară de orice îndoială că ori ce rănit trebue supus unui examen radilogic. Discuţia se învârteşte numai în jurul chestiunii de a şti când şi unde trebue făcut acest examen. Chestiunea pusă astfel are oarecare importanţă, deoarece de răspunsul care se dă depinde poziţia radiologiei în cadrul a ceeace se numeşte tactică sanitară, adică repartizarea şi modul de funcţionare a radiologiei în diversele formaţiuni sanitare.

Părerile sunt împărţite. Unii propun dotarea cu aparate radiologice a tuturor formaţiunilor sanitare mobile, argumentând că exactitatea primului diagnostic care are o importanţă deosebită într'o plagă a craniului, într'o peritonită, într'o fractură, trebue asigurată cu toate mijloacele, deoarece de acest prim diagnostic depinde precocitatea intervenţiei după evacuare şi deci viaţa bolnavului. S'a propus deci ataşarea unui post radiologic mobil şi ambulanţelor divizionare. Acest fel de a rezolva problema nu are însă toate sufragiile organizatorilor, deoarece în noua organizare sanitară, ambulanţele divizionare vor avea un rol limitat. Formaţiunile înaintate vor trebui să fie gata în permanenţă pentru a primi oricând un mare număr de răniţi, ele vor fi deci mai mult un post de ajutor divizionar, organ de triaj, fără posibilitatea de a executa operaţii mai complicate, de localizare şi de extracţii

Opera propriu zisă a radiologului începe la formaţiunile mai îndepărtate de linia de foc, şi anume la ambulanţele chirurgicale de Corp de Armată şi de Armată.

Fiecare din aceste mari unităţi va fi dotată cu un post radiologic mobil. Se recomandă în general centralizarea acestor unităţi radiologice, pentru a permite dirijarea lor rapidă spre sectoarele de mare activitate.

In zonele mai îndepărtate de frnot există tendinţa de a se dota spitalele de rezervă cu posturi radiologice fixe. Spitalele cu 250 — 300 paturi vor trebui să aibă, fără discuţie, una sau mai multe instalaţii permanente. Formaţiunile mai mici însă pot fi deservite, fără inconveniente, de instalaţii mobile cari permit examenele cele mai delicate în condiţiuni excelente.

S'ar putea ca toate aceste proiecte de organizare să fie mai larg depăşite într'un viitor război «total». Este cert că astăzi se cere radiologiei mai mult decât în războiul trecut şi că ori ce propunere de organizare care are la bază experienţa războiului trecut ar putea fi larg depăşită de evenimente.

In ce priveşte instalaţiile ambulanţelor radiologice, se cere în primul rând ca aceste instalaţii să fie uşor transportabile şi totuşi destul de robuste, pentru a putea obţine radiografii bune, chiar la indivizii mai corpolenţi. Se mai cere apoi ca aceste posturi de radiologie să fie integral protejate, pentru a feri pe radiologi şi chirurgi de accidente. Dată fiind munca istovitoare şi plină de pericole la care vor fi constrânşi radiologii în anumite momente ale activităţii lor, ar fi de dorit ca în spitalele cu instalaţii fixe să existe mai multe echipe de radiologie, pentru a putea seconda neîntrerupt pe chirurgi, la nevoie.

In ce priveşte ocuparea tuturor posturilor de radiologi vom întâmpina, fără îndoială, dificultăţi — la început cel puţin — aşa că multe posturi vor fi girate de medici nespecialişti, de interni, ba chiar de infirmieri şi surori. In principiu, înmulţirea posturilor de radiologie, chiar dacă nu putem să afectăm la fiecare post un specialist, este un lucru de dorit în război.

Ar fi însă foarte util dacă aceşti nespecialişti ar urma încă înainte de a intra în funcţie, un curs de perfecţionare, pentru a se familiariza cu elementele radiologiei în campanie.

Ar fi iarăşi de mare utilitate ca radiologii de carieră să fie concentraţi la cursuri de spicalizare, pentru a cunoaşte aparatele şi a se familiariza cu metodele de extraţie de corpuri străine.

O altă chestiune de mare importanţă este aceea a menţinerii echipelor formate între chirurgi şi radiologi, încă în timp de pace, prin colaborare zilnică în spitale, clinici.

Radiologul în campanie va întâlni următoarele categorii de leziuni:

I. — *Fracturi* — In materie de fracturi, războiul trecut a arătat, afară de tipurile ordinare, frecvenţa deosebită a două tipuri.

1) fracuri prin explozie.

2) fracturi prin strivire (Bergasse).

II. — *Leziunile toracelui.* — Radiologia va interveni cu folos pentru depistarea precoce a revărsărilor pleurale şi pericardice. Se ştie că hemotoracele şi pneumotoracele, cauzate de penetrarea de corpuri străine în această regiune nu reprezintă uneori decât foarte discrete semne clinice şi funcţionale. Descoperirea acestor leziuni este importantă, nu numai în vederea unui tratament, ci şi în vederea cererilor ulterioare de pensii. S'a semnalat anume, în literatura medicală de după război ca urmare frecventă a acestor leziuni traumatice, leziuni tuberculoase tardive.

III. — Printre rănile grave de război socotim şi anevrismele Arteriografia înainte şi după operaţie este de foarte mare folos în aceste afecţiuni. Ea ne permite să afirmăm sediul anevrismului, ne dă date asupra volumului sacului anevrismal, asupra naturii (dacă este vorba de un anevrism periarterial sau arteriovenos), asupra extinderii circulaţiei periferice în jurul sacului.

IV. — Radiologul va fi chemat, mai rar desigur, să examineze cazuri incipiente de gangrenă gazoasă. Acest examen afară de interesul pur teoretic, pentru a studia procesul de distrucţie şi localizarea lui în muşchi, este mai ales foarte util pentru a diagnostica în mod precoce un focar de gangrenă pentru a evalua extinderea lui. Cei cari au practicat sistematic examenul radiologic în războiul trecut au constatat foarte des infiltraţii gazoase dealungul unui muşchi, fără vreun semn clinic, indicând astfel necesitatea unei amputări mai largi. Atragem atenţia că în aceste cazuri, cu infiltrarea de gaze în părţile moi e încă discretă, numai bună radiografie ne poate fi de folos.

V. — Examenul radiologic al gazaţilor prezintă şi el un oarecare interes pentru depistarea precoce şi definirea fazei în care se găseşte edemul pulmonar. Pe radiografie edemul pulmonar constituit sau în declin, se prezintă sub formă de plăji opace, difuze, sau izolate, aspect cunoscut din pneumonii şi broncho-pneumonii, pe când faza iniţială se caracterizează printr'un aspect asemănător cu acela cunoscut în stazele pulmonare ale cardiacilor. Practic, recunoaşterea unui edem pulmonar incipient sau aproape de sfârşit, are importanţă pentru evacuarea bolnavului. Ceva mai important este examenul radiologic al schelelor pulmonare după intoxicări cu gaze de luptă Aspectele întâlnite aici intră în categoria leziunilor bronchice şi pulmonare cronice.

VI. — La soldaţii îngropaţi se întâlnesc foarte des fracturi ale coloanei vertebrale, însoţite sau nu de leziuni nervoase. In fracturile fără turburări nervoase, leziunea rămâne foarte des nediagnosticată. Ea nu se manifestă decât târziu, sub aspectul de deformaţie post-traumatică. De aci importanţa radiografiei sistematice la orice traumatism prin îngropare sau izbire de pământ, pentru a diagnostica

imediat o eventuală fractură a coloanei vertebrale.

VIII. — Câteva cuvinte numai despre rolul şi posibilitatea radiologiei de a decide dacă un ulcer gastric sau duodenal este florid sau cicatricial. Este ştiut că în practica din timp de pace această chestiune este soluţionată mai degrabă prin anameză decât prin examenul clinic sau radiologic. In război, pentru a evita simularea, se cere un mijloc mai obiectiv şi mai precis de control. Examenul radiologic poate îndeplini acest rol cu anumite rezerve. In ulcerul gastric, forma floridă este caracterizată mai totdeauna prin apariţia *nişei*, pe când în faza de acalmie vom avea sau o lipsă totală de imagine anormală sau o imagine cicatricială sub formă de *pete stelare*, cu plici convergente Mai grea va fi decizia în ulcerul duodenal. Aci câteva puseuri de ulcer duc regulat la diformări, uneori foarte importante, ale bulbului care persistă şi în faza de acalmie şi care nu sunt sensibil modificate printr'un nou puseu. Şi aici vom căuta nişa ca semn al fazei evolutive, dar s'ar putea ca pe un bulb deformat ea să nu mai apară atât de net. In aceste cazuri vom fi obligaţi să supunem bolnavul unei observaţii clinice şi radiologice mai lungi, pentru a stabili semnele radiologice ale fazei evolutive.

VIII. — *Corpuri străine.* — Războiul trecut a arătat că 3/4 din examenele în campanie au fost executate pentru corpuri străine. Radiodiagnosticul lor comportă trei faze:

1) recunoaşterea lor.

2) stabilirea distanţei dela piele.

3) adaptarea datelor radiologice la actul operator.

Instalaţiile puternice de azi permit descoperirea corpurilor străine, chiar mici, fie prin radioscopie simplă, fie prin radiografie. Se pune întrebarea dacă putem să ne mulţumim în chirurgia de război cu simplul examen radioscopi sau vom căuta să avem şi un film în fiecare caz Aceasta e o chestiune în primul rând de oportunitate. Când într'o formaţie mai înaintată vor sosi zilnic 50 — 60 de răniţi şi va trebui să identificăm 20 — 30 de corpuri străine, problema nu se pune, deoarece va trebui să lucrăm repede, oricare ar fi preferinţa noastră personală. Pe de altă parte vom avea de examinat fracturi, torace şi mai ales corpuri străine, toate perfect vizibile la ecran, cu condiţia unei bune adaptări. In radiologia de război radioscopia poate şi trebue să înlocuiască într'o măsură mare radiografia. Aceasta, din urmă va fi utilizată pentru cazuri mai grele: craniu, coloană, abdomen, etc. sau dacă chirurgul are cea mai mică îndoială în ce priveşte datele furnizate de radioscopie. In formaţiile din interior vom face sistematic şi radiografii. Afară de faptul că filmul rămâne un document de mare importanţă pentru medic şi rănit, el arată o seamă de detalii, mai ales în leziunile osoase şi pulmonare.

După acest act al constatării, urmează al doilea şi cel mai important timp: localizarea corpurilor străine în vederea unei extracţii. Războiul trecut a văzut aplicarea unui foarte mare număr de procedee de reperare Fiecare procedeu era prezentat ca posedând toat virtuţile, adică simplicitate, rapiditate şi mai ales eficacitate. Un examen critic al diverselor dări de seamă ne va arăta însă că nu există un procedeu omnibus, ci el trebue ales după caz. Va trebui deci să fim eclectici fiindcă prea multă rigiditate ar fi în dauna noastră proprie şi în dauna rănitului.

Procedeele de localizare se împart grosso modo în:

1) anatomice.

2) geometrice.

Extracţia se face, după localizarea geometrică sau anatomică:

a) cu sau fără compas.

b) sub controlul intermitent al ecranului.

c) cu ajutorul aparatelor magnetice.

La începutul războiului trecut, radiologii din Franţa au optat aproape unanim pentru metodele geometrice; unii au mers la cele mai complicate (compasul lui Hirtz), alţii au preferat cele mai simple. Procedeul lui Strohl şi procedeul lui Haret sau bucurat mai ales de o mare răspândire. Acelaş fenomen a putut fi observat şi în armatele germane şi austriace.

Cauza principală a acestei atitudini a fost că chirurgii se acomodau greu cu extracţia sub ecran, din motive pe cari le vom discuta mai jos In al treilea an de război s'a petrecut însă un reviriment în favoarea metodei ecranului, datorit intervenţiei câtorva radiologi de seamă, printre cari citäm pe *Ledoux-Lebard*, în Franţa şi *Holzknecht* în Austria, care au ridicat complect aprehensiunea chirurgilor.

Metoda constă în executarea operaţiei sub controlul vizual ori de câte ori se arată nevoia. Natural că se va căuta ca acest control să fie cât mai scurt pentru a nu expune la radiodermite pe bolnavi, radiolog şi chirurg.

Avantajele operaţiei sub ecran consistă în marea ei precizie în anumite cazuri. Astfel, *Ombrédanne* şi *Ledoux-Lebard* au obţinut, sub controlul intermitent al ecranului, 100% rezultate în extragerea proiectilelor.

Dar procedeul are şi câteva inconveniente:

1) pericolul de infecţie orbeşte în regiunile vasculare şi deci pericolul de emoragie după intervenţie, mai ales când se operează în lumină artificială.

2) chirurgii cari au combătut metoda în războiul trecut (*Quénu, Phocas*) obiectau că operaţia sub ecran măreşte pericolul infecţiei şi constitue o cauză de frică pentru chirurg, care nu operează în condiţiuni obişnuite.

3) pericolul legat de absorbţia de raze.

Se cere—natural—o protecţie foarte riguroasă şi multă precauţiune pentru bolnav, chirurg şi radiolog. Absorbţia razelor poate fi evitată însă, lucrând cu diafragm mic de 5 — 6 cm. şi cu pense lungi de 50 — 60 cm. pentru a nu intra în fascicolul de raze.

Cât priveşte pericolul de infecţie prin aşezarea ecranului peste plagă, tubul aşezat lateral micşorează mult acest inconvenient.

Dar poate aceste inconveniente, care pot fi înlăturate sau atenuate, există alte lacune semnalate de însuşi *Ledoux-Lebard* şi *Ombrédanne*. Metoda radioscopică, după mărturia lor, este fără greş fără corpuri chiar mai mici, până la 4/4 mm., cu condiţia ca chirurgul să meargă pe calea verticală, adică paralel cu raza normală care uneşte imaginea pe ecran şi proiectil. Când însă calea de acces trebue să urmeze forţat un traiect oblic în raport cu traectul razei normale, de pildă la proectilele situate între omoplat şi coaste, la cele din fosele iliace care se găsesc aproape de osul iliac, radioscopia poate să înşele. Iată deci motivul care evidenţiază necesitatea pentru radiologul în campanie de a cunoaşte o bună metodă geometrică sau anatomică de reperaj.

Ar fi într'adevăr o eroare să plecăm în campanie cu ideia că toate metodele zise geometrice sau anatomice sunt învechite şi că activitatea noastră va consista în manipularea ecranului în timpul operaţiei. Radiologul în campanie pus să rezolve probleme complexe uneori, va trebui să dea dovadă de mult eclectism şi mai ales de spirit critic. El trebue să fie pătruns de ideea că nu există un procedeu superior celuilalt, ci o serie de metode excelente printre care radiologul cu experienţă va trebui să aleagă cea mai potrivită pentru fiecare caz în parte Se uită prea des de pildă că o metodă de localizare excelentă şi foarte practică în timp de pace, poate fi greu aplicabilă în război. In război se cere să lucrăm repede, să operăm foarte des cu o instalaţie slabă pe răniţii gravi, greu mobilizabili. Ce ne facem apoi cu metoda radioscopică, dacă avem 4 săli de operaţie în care se operează simultan şi numai un singur aparat radiologic?

Dealtfel, pentru a indica chirurgului calea de acces, nici practica extracţiei sub ecran nu dispensează de o localizare geometrică sa anatomică în prealabil. In mod general, oricare

ar fi procedeul ales pentru reperarea şi extracţia corpului străin, operaţia va începe cu un examen radioscopic, căci datele obţinute la această primă investigare sunt câteodată decisive.

Vederea dublă antero-posterioară şi postero-anterioară ne va documenta prin volum asupra raporturilor şi situaţiei anatomice. Acest prim examen radioscopic constitue de fapt o primă tentativă de localizare anatomică care poate să ducă imediat, în cazuri fericite, la extragerea proectilului, mai ales în rănile proaspete. Aici extracţia se poate face încă prin plagă, fără incizie. Pentru ca un reperaj anatomic să reuşească, se cere din partea radiologului cunoaşterea exactă a anatomiei muşculare. Localizarea se face prin palpare sub ecran, a muşchiului suspect, prin observarea deplasării proectilului la mobilizarea cutărui muşchiu, la situarea lui în raport cu un punct anatomic fix, apofiză osoasă spre exemplu.

Printre metodele anatomice de precizie socotim stereo-radiografia; tot metodă anatomică este şi tomografia, care va fi desigur de mare ajutor în actualul război.

Metodele geometrice formează un capitol foarte vast. Cea mai simplă metodă geometrică este aceea care determină pe piele punctele de intrare şi de ieşire ale razei normale care trece prin proectil prin două planuri riguros perpendiculare. Intersecţia acestor planuri indică poziţia corpului străin.

O metodă foarte simplă dar foarte practică de reperaj în profunzime este aceea a lui *A. Beclère*, pe care el o numea a tijei metalice (fig. 1). Se aşează

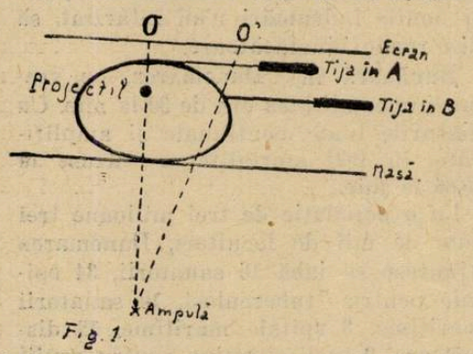


Fig. 1.

bolnavul în poziţia în care va fi operat. La aceasta e bine să asiste şi chirurgul, pentru a fixa poziţia de operat, căci există o mare diferenţă între poziţia corpului străin şi calea de acces după schimbarea de poziţie.

Se aşează ampula în aşa fel încât imaginea proiectilului să coincidă pe ecran cu traectul razei normale. Apoi se aşează tija metalică pe corp orizontal şi se deplasează până ce pe ecran vârful ei coincide cu proiectilul. Intrerupem curentul şi însemnăm pe piele punctul de contact al tijei Prin acest punct trece verticala care uneşte pielea cu proiectilul. Profunzimea la care se găseşte proiectilul pe această verticală se determină în fulul următor: se lasă extremitatea tijei pe piele pe locul marcat şi se impun ampulei mişcări. Imaginea proectilului pe ecran se deplasează, a vârfului tijei se va deplasa şi ea; fiind însă mai aproape de ecran, într'o măsură mai mică. Dacă coborâm tija dealungul corpului, imaginea ei se va deplasa şi ea din ce în ce mai mult şi pe măsură ce se apropie de profunzimea corpului străin. Pentru a observa mai precis amploarea acestor deplasări, se va aşeza pe faţa dorsală a ecranului un reper metalic rectiliniu. Coborând deci tija spre profunzime, îndepărtând-o dela suprafaţa corpului, vom observa la un moment dat că amplitudinea deplasării proectilului şi a tijei este aceeaşi, ceeace înseamnează că aceste două obiecte se găsesc în profunzime pe acelaş plan orizontal. Intrerupem contactul şi marcăm pe piele linia acestui plan. Vom şti deci că proectilul se găseşte pe planul orizontal marcat.

Această metodă va părea multora rudimentară, lipsită de precizie. Totuşi în cazurile mai simple ea este suficientă pentru a îndruma chirurgul şi a permite o extracţie rapidă în câteva minute. Dacă am insistat asupra ei am făcut-o fiindcă toate celelalte metode geometrice se inspiră mai mult sau mai puţin din acest principiu foarte simplu de a determina în doi timpi:

1) verticala pe traectul căreia se găseşte corpul străin

2) profunzimea la care se găseşte proectilul pe această verticală.

Pe calea aceasta ajungem la metoda

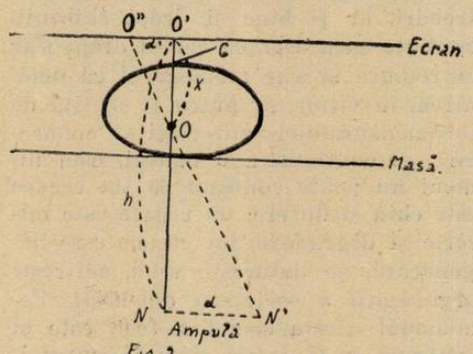


Fig 2

lui *Haret* (fig. 2). Şi aici primul timp îl constitue determinarea verticalei şi el se termină prin marcarea pe piele şi pe ecran a punctului unde se proectează corpul străin. Se deplasează apoi ampula pe plan orizontal, pe o distanţă cunoscută, să zicem de 10 cm. In această poziţie a ampulei vom obţine pe ecran a doua proecţie a corpului străin, să zicem în punctul O", marcând pe ecran şi acest punct. Cunoscând distanţa dela ampulă la ecran, distanţa între cele două proecţii succesive ale ampulei, distanţa între cele două proecţii ale corpului străin pe ecran, vom obţine uşor distanţa verticalei X între corpul străin şi ecran, aplicând principiul triunghiurilor asemenea. Vom aşterne pe hârtie, la o scară oarecare, distanţa *h* dela anticatod la ecran, distanţa dintre cele două poziţii succesive ale ampulei şi distanţa dintre cele două proecţii ale proectilului pe ecran. Vom obţine astfel două triunghiuri asemenea care ne vor da următoarea:

$$\frac{O,\ O_{,,}}{O\ \ O,} = \frac{N\ N,}{N\ O}$$

sau

$$\frac{d,}{x} = \frac{d}{h-x}$$

din care $d,\ h - d,\ x = d\ \ x$

$$x\ (d, + d) = d,\ h$$

$$x = \frac{d,\ h}{d, + d}$$

X este distanţa proectilului dela ecran. Pentru a obţine distanţa proectilului dela piele, adică dela punctul C, vom sustrage din X distanţa C O care poate fi uşor măsurată.

Ar fi prea lung să înşirăm cele 20—30 metode geometrice de reperaj, bazate toate pe principiul de mai sus. Ele diferă după cum deplasarea ampulei se face orizontal sau vertical, după cum ampula sau ecranul sau simultan amândouă se deplasează Ar fi greu mai ales să apreciem just valoarea lor fără o practică suficientă. In războiul trecut preferinţa radiologilor francezi a mers la metoda lui *Haret* şi a lui *Strohl*. In curând a apărut un studiu al lui *Dariaux* şi *Desprez*[1]) care reîmprospătează metoda lui *Strohl*. In presa medicală română am înregistrat studiul profesorului *Negru*, despre o metodă geometrică personală.

Pentru a localiza proectilul mai precis în spaţiu şi pentru a uşura astfel extracţia, s'au imaginat diverse instrumente numite compasuri şi ghiduri luminoase. Compasurile sunt instrumente cu 2 sau 3 braţe articulate, cari sunt reglate după radioscopie sau radiografie prealabilă. Direcţia şi profunzimea corpului străin sunt indicate de o tijă.

Printre aceste instrumente, cel mai răspândit este compasul lui *Hirtz* care se reglează după un reperaj prealabil radiografic. Acest compas, foarte răspândit în războiul trecut şi după războiu, este un instrument susceptibil să dea un reperaj exact al corpului străin. Timpul pierdut cu cercetarea măsurătorilor cerute de metoda lui *Hirtz* este larg compensat prin rapiditatea intervenţiei, prin precizia localizării. *Deplats* şi *Chevalier* raportează, din războiul trecut, 153 succese pe 155 tentative de extracţie făcute cu compasul lui *Hirtz*, în regiunile cele mai delicate Ei au lucrat în prima linie făcând 8 extracţii pe zi. Compasul are, după el, avantajul că permite să se

[1]) Presse Médicale, 1939, no. 73, p 1340.

aleagă din mai multe căi de acces, să se lucreze ca în operaţia obişnuită, în plină lumină, cu maximul de garanţii de asepsie. După noi, utilitatea lui este foarte mare în corpurile străine slab sau de loc vizibile la ecran, la indivizi foarte graşi, în proectil mic şi mascat.

Nimeni nu poate nega că şi procedeele de precizie (compasul lui *Hirtz)* se lovesc de mari dificultăţi, când proectilul este mai mobil sau mobilizabil. In aceste cazuri eşecul este aproape fatal.

Printre instrumentele construite să uşureze extracţia, amintim cele electrice (electromagnet, electro-vibrorul lui *Bergonié).* Toate aceste instrumente sunt foarte utile, mai ales în extracţia corpurilor străine oculare şi a proectilelor incluse în organe moi (creer) sau cele profund situate care fug de sub pensă, cu condiţia ca proectilul să fie magnetic. Or, o mare parte a proectilelor sunt nemagnetice, după cum o arată o statistică a lui *Ledoux-Lebard.*

Iată pe scurt diversele metode de localizare şi extracţie. In cursul acestor operaţii să nu pierdem nici o clipă din vedere că punctul de vedere chirurgical trebue să domine în mod suveran orice manoperă practică în vederea localizărei şi extragerii corpului străin. Metodele ca şi instrumentele trebuesc adaptate după vederile operatorului şi nu după preferinţele noastre personale De aceea, prezenta operatorului la actul de radiologie este judecată ca necesară de toată lumea pentru a se documenta asupra situaţiei, profunzimii, raporturilor proectilului. Cu aceste date în mână, chirurgul este singurul arbitru pentru a decide asupra oportunităţii operaţiei, urmând a cumpăni de o parte inconvenientele cari rezultă pentru bolnav din prezenţa proectilului, pe de altă parte delabrările anatomice pe care le-ar necesita o extracţie şi riscurile care ar rezulta de aici. Ca radiologi, ne vom mărgini să luăm cunoştinţă de doctrina actuală dominantă în chirurgia de război, care cere o extracţie cât mai precoce. Avantajele unui asemenea procedeu ar fi curăţirea şi aerisirea plăgii şi evitarea unei a doua deschideri dacă proectilul nu este tolerat. Contraindicaţiile unei extracţii precoce ar fi, după *Robineau:*

1) proectil prea mic (sub 3 mm. ca diametru).

2) extracţie plină de riscuri din cauza poziţiei proectilului.

3) absenţa turburărilor funcţionale.

Celelalte proectile trebuesc scoase cât mai de vreme posibil. Se cere mai ales ridicare precoce a schijelor de obuz, având o suprafaţă largă, mai întotdeauna infectate. Neurochirurgii pledează şi ei pentru îndepărtarea cât mai precoce a corpurilor străine intracraniene.

Admiţând condiţii optime în ce priveşte organizarea sanitară a diverselor formaţii şi o cooperare radio-chirurgicală optimă, există încă un procent oarecare de corpuri străine cari nu vor putea fi îndepărtate.

Frecvenţa eşecurilor de localizare şi tentativele nereuşite de extracţie au dus, în războiul trecut, la iedeia de a crea centre speciale cu personal antrenat în toate procedeele de localizare. Contraindicaţia extracţiunilor ar scădea în felul acesta în mod simţitor.

PROBLEME SANITARE

ORIENTĂRI ŞI DESORIENTĂRI

(INCHEIERE) de **Dr. I. BORDEA**

„Heureux celui, qui porte en soi un Dieu, un idéal de beauté et qui lui obéit; Idéal de l'Art, ideal de la science, idéal de vertus, de l'évangile." (Pasteur).

Probabil, că taina vieţii va fi o veşnică şi nerezolvabilă problemă a minţii omeneşti şi chinuitoarele întrebări: *de unde venim, cine suntem şi unde ne ducem,* vor continua să frământe sufletul lui homo sapiens, fără să le găsească vreodată deslegarea.

Nu cerceta aceste legi.

Căci eşti nebun de le'nţelegi».

Iată marele şi eternul adevăr!

Firesc este deci, ca să ne punem alte întrebări şi să ne frământăm mintea noastră cu alte probleme, pe care noi ni le închipuim, că întrucâtva le-am putea înţelege şi descifra chiar, şi cu deslegarea cărora s'ar putea pune temelia unei alte organizaţii, mai bune, mai înţelegătoare şi mai ocrotitoare pentru tot ceeace este vieţuitor.

Bunăoară, «*ce menire avem noi oamenii, în desfăşurarea tainei, pe care n'o putem pătrunde?*»

Dacă răspunsul ce s'ar da acestei întrebări, ar fi bine şi drept chibzuit, credinţa mea este, că cei în drept s'ar cutremura şi s'ar reculege şi că omenirea, în viitor, ar putea fi scutită de incomensurabilele suferinţi şi nenorociri, ce continuă a o bântui, căci nimeni nu poate contesta că tot ceeace este chin şi durere, tot ceeace este mizerie şi degradare, tot ceeace este degenerare, se datoreşte unei nefireşti organizaţii a societăţii omeneşti. Fenomenul acesta social a fost, este şi continuă a fi într'o vădită contrazicere cu inmutabilele legi biologice şi de aci toate nenorocirile.

Trec peste exploatările şi inechităţile sub a căror grea povară gem cele două miliarde de fiinţe omeneşti, pentrucă analiza acestei mari probleme ar depăşi cadrul unui articol de revistă medicală.

Mă mărginesc să amintesc câteva flagele care degradează fiziceşte pe cei bântuiţi de ele şi care nu onorează sufleteşte pe aceia, care nu se străduesc să le stăvilească.

E vorba, — veşnica vorbă, — de tuberculoză, de pelagră, de malarie, de sifilis şi de alcoolism, ca să nu mai pomenesc şi de marele capitol al epidemiologiei şi al mortalităţii infantile.

Ar putea oare o echilibrată minte omenească ca să conteste, că aceste plăgi înfiorătoare, care degradează şi degenerează omenirea, nu sunt produsul relelor întocmiri economico-sociale?

Eu cred, că nu! Şi dacă aceasta este un adevăr, suntem obligaţi, să considerăm drept axiomă, că tot din cauza lipsei unei temeinice organizaţii nu pot fi circumscrise şi în urmă distruse cauzele care, le produc şi izvoarele, care le alimentează.

Continuăm a ne învârti într'un cerc vicios şi a ne amăgi. Suntem prea grăbiţi în tot ceeace facem şi nu îndrăznim să luăm contact cu realităţile şi de aici toate neajunsurile.

Ar fi însă o greşeală, dacă s'ar crede, că acest fel de a fi, este specific românesc. A fost şi continuă a fi destul de generalizat.

S'au făcut, — ce e drept, — în unele părţi îmbunătăţiri demne de reţinut şi nouile îndrumări n'au întârziat, să dea roade binefăcătoare.

Bunăoară în Danemarca, pe vremuri, mortalitatea era de 30 la mie. Cu măsurile luate, continuate şi amplificate, în 1921 mortalitatea scăzuse la 10,86 la mie.

La o populaţie de trei milioane trei sute de mii de locuitori, Danemarca ajunsese să iabă 16 sanatorii, 34 spitale pentru tuberculoşi, 10 sanatorii maritime, 3 spitale maritime, 12 dispensare, 2 şcoli curative pentru copiii tuberculoşi şi 3 stabilimente de convalescenţă şi recreaţiune.

In Danemarca fişele de familie sunt de mult introduse şi sănătatea fiecărui individ e bine cântărită. Măsurile ce se iau se reazimă pe date de statistice sanitare, care nu cu puţin au contribuit la consolidarea spiritului de solidaritate socială.

In treacăt numai reamintesc catastrofalele pierderi de vieţi omeneşti, când s'a început construirea canalului de Panama.

Cu măsurile luate malaria a încetat de a mai bântui regiunea aceia.

Desigur că lupta cu acei redutabili duşmani ai omenirii nu a fost uşoară, căci ea nu cerea numai mari sacrifi-

Linolysin

Hemming

Glandă genitală. Tiroidă. Lob. ant. hipofiz. Timus.

Pentru organoterapia pluriglandulară

3 drag. pe zi înaintea mesei sau 4 inj. 1 cc. intramusc. săptămânal.
Indicat tratamentul combinat simultan.

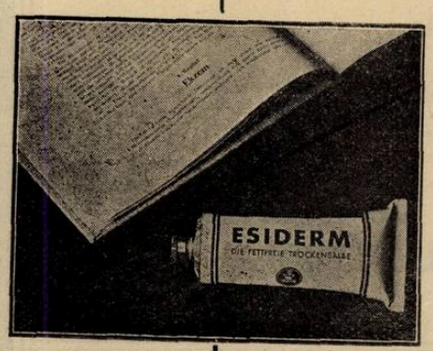
Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

ESIDERM

ZnO., Talc, Terr, Silic., Glicerină, Aqua dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici. — Piele intolerantă la grăsimi. — Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numai uşor zemuinde)



Pe când în tratamentul acestor afecţiuni cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei, şi la retenţii şi astfel la o întârziere a vindecărei, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă. Se întinde în strat uniform şi se lasă să se usuce. Un pansament nu este necesar. — Esiderm-ul se şterge cu apă. — Tub. 40 g.

Desitin - Werk Carl Klinke, Hamburg 19

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC.

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM : 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO ~ PARIS (XVI)

Reprezentanţa generală : PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. ~ Telefon : 2.39.46.

STANNOXYL

FURUNCULOZA

şi toate maladiile cu stafilococi, antrax, ulcior la ochi, abces al sânului, acnee. Produs cu bază de staniu şi oxid de staniu preparat după lucrările ştiinţifice de A. Frouin.

LABORATOIRES ROBERT ET CARRIÈRE
1 et 1 bis, Avenue de Villars, PARIS (VII-e)
DEPOZIT PERMANENT:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREŞTI I, Str. Sf. Ionică No. 8

cii băneşti, ci cerea şi o puternică şi chibzuită pregătire. Medicii sociologi şi-au luat sarcina, ca să pregătească terenul şi să-şi asocieze concursul celor în drept.

«Trăim într'o epocă materialistă şi capitalistă», şi-au zis ei. Prin urmare să lăsăm cifrele să vorbească, iar noi să evaluăm în bani toate nenorocirile, ce le produc plăgile sociale. Ei şi-au dat seama, că latura etică a vieţii, — singura care ar merita toată atenţiunea într'o organizaţie socială, ce s'ar rezima pe un echilibru sufletesc, — nu se bucură de o deosebită atenţie, deoarece capitalul acela, cu care divinitatea a înzestrat fiinţa omenească,— *capitalul energie şi muncă*, — oricât de superioare şi apropiate de desăvârşire ar fi produsele lui, rămâne în vădită stare de inferioritate faţă de o invenţie omenească, faţă de capitalul ban, a cărui veşnică tendinţă este să exploateze, să umilească şi să degradeze neregia maselor. Deaceea medicii sociologi au făcut calcule băneşti şi n'au greşit. Pe temeiul datelor statistice certe, au dovedit enormele pierderi produse de flagelele sus amintite în economia naţională şi bine înţeles şi familiară. Milioane de zile nemuncite evaluate în bani; energii degradate; vieţi secerate făr' de vreme; progenituri, cari în loc să devină elemente productive, rămân balasturi pentru societate, transformate toate în bani, dovedeau cu prisosinţă enormele pierderi, pe care le suferea marele rezervoriu economic al naţiunii. Au transformat cu un cuvânt energia ce se pierdea, în cifre capitaliste.

Impresionaţi de astronomicele pierderi ale capitalurilor,—nu şi de suferinţele omeneşti, — conducătorii unor popoare şi exponenţii anumitor capitaluri, s'au crezut obligaţi să intre şi ei în luptă cu acei duşmani, care produc atâtea pagube materiale şi în bună parte au reuşit.

Şi la noi s'au făcut timide încercări de felul acesta. Pe vremuri, d-rul Irimescu a făcut un studiu foarte interesant asupra malariei şi cu cifre destul de impresionante a arătat pierderile băneşti, pe care le produce acest flagel în economia noastră naţională. Timide încercări am făcut şi eu pe vremuri. Zic timide, pentrucă lipsindu-mi multe din datele statistice, nu puteam să-mi dau exact seama de realităţi. Acum câţiva ani voiam, să reiau problema în cercetare. M'am adresat serviciului sanitar central cu rugămintea, să-mi înlesnească, să cercetez situaţia flagelelor medico-sociale dela noi, — dela sate şi dela oraşe. Serviciul sanitar, — bogat pe vremuri în interesante şi reale date statistice, — fusese înălţat în rang. Ce material interesant trebue să găsesc eu acuma! pentrucă Ministerul dispunea de alte mijloace, îmi spunea meu. Directorul Serviciului respectiv, — un confrate simpatic, prin sinceritatea cu care mi-a vorbit, — mi-a declarat, că în afară de datele publicate de mine în anul 1922, mare lucru nu mai au şi ceeace mai au, prezintă multe puncte de întrebare. De câtva timp mă gândesc să reiau problema, căci în starea de desorientare şi desagregare în care se găsesc instituţiile sanitare ale ţării noastre, poate, pierderile ce le suferim, transformate în bani, ar impresiona. M'am adresat d-lui dr. *Sabin Mănuilă*, — distinsului medic sociolog pregătirea sa demnă de toată admiraţia, a creiat «Institutul central de statistică» şi l'am rugat să-mi dea datele statistice privitoare la situaţia plăgilor medico-sociale. M'am adresat d-sale, cunoscând conştiinciozitatea cu care lucrează. Distinsul confrate mi-a trimes interesantele lucrări ale Institutului privitoare la mişcarea populaţiei României. In ceeace priveşte celelalte date statistice, iată ce-mi scrie d. dr. *Sabin Mănuilă:*

Mult stimate D-le Doctor!

«Am primit scrisoarea d-voastră din 18 — III, — iar deunăzi a fost pe la mine şi d. dr. *Gancevici*, pentru datele cerute de d-voastră. I-am pus la dispoziţie tot ce avem, deşi nu cred, că o să vă puteţi folosi prea mult de acest material. Am elaborat o metodă de prelucrare a datelor statistice privind sănătatea publică. Din nenorocire însă nu s'a putut pune în practică».

«Nimeni nu cere statistici sanitare şi am impresia, că facem muncă zadarnică».

Nimeni nu cere statistici sanitare şi facem muncă zadarnică», iată cruda realitate.

Lucrăm în bobote şi avem pretenţia, că facem operă constructivă. Risipim şi ne amăgim, zicând că organizăm. Problemele mari le subordonăm mărunţişurilor de bucătărie. Vorbim mult şi realizăm puţin, căci suntem grăbiţi şi în graba noastră luăm drept ascensiuni, declinurile.

Preocupaţi de multe alte probleme, nu mai avem timp să luăm contact cu realităţile şi ne lipsesc şi datele de orientare şi în această stare haotică neglijem îndrumarea medicinei curative şi preventive pe calea progresului.

In pornirile noastre egoiste şi în lupta dusă până la sălbătecie, uneori, pentru o nemeritată glorie şi pentru acumulări de averi, nu mai avem răgazul cuvenit, ca să ne întrebăm *ce rost avem noi în viaţă* şi nu ne mai aducem aminte de adevărata noastră chemare: *In spre desăvârşire!* In spre desăvârşire, în credinţă, în iubire, în frumos şi în tot ceeace poate fi folositor semenilor noştri; iată îndrumarea în spre care ar fi datoare să se îndrepte omenirea şi în primul rând exponenţii ei.

BIBLIOGRAFII

Le traitement des meningites otiques par G. Buzoianu, professeur a la Faculté de Médecine de Cluj. *Libraire J. B. Bailiére Paris.* Un volum de 370 pagini cu 36 figuri în text.

Tratamentul meningitelor otice constitue unul dintre capitolele esenţiale ale otologiei. Scopul său fiind însăşi salvarea existenţei bolnavului, îi justifică importanţa capitală, din care cauză chirurgii otologişti i-au dat totdeauna o deosebită solicitudine.

Acest studiu a fost consacrat nu numai meningitelor otice constituite, ori care ar fi fost natura lor clinică septică sau aseptică, ci tuturor accidentelor meningee desemnate sub numele de hidropizii ale meningelor, din cauză că această iritaţiune banală cu hipertensiunea lichidului limpede poate fi o meningită pe cale de formaţiune.

Progresul miraculos realizat în tratamentul acestor afecţiuni prin introducerea chimioterapiei sulfamidate, a incitat pe autor să fixeze, în limita posibilului, starea actuală asupra cunoştinţelor asupra ansamblului problemei terapeutice antimeningitice, fără ideea prezumptioasă de a atribui acestui studiu un caracter definitiv, căci cu tot progresul extraordinar realizat în acest domeniu, sunt încă foarte numeroase problemele pe care numai viitorul le va rezolva.

Alături de sinteza complectă pe care o face asupra stadiului actual al acestei probleme, autorul alătură constatările sale personale relative la tehnica exerezei focarului auricular şi observaţiunile sale clinice asupra evoluţiunei şi aplicării chimioterapiei antimeningitice.

In ceeace priveşte tehnica exerezei focarului septic auricular, a indicat importanţa craniectomiei timpanomastoidiene ca tratament chirurgical. A indicat, de asemeni, atitudinea care îi pare cea mai indicată pentru trepanarea labirintului în meningitele otice labirintogene, subliniind rolul trepanaţiei vestibulo-cochleare şi vestibulo-cochleo-caniculare.

Dr. Dan Berceanu: Anatomia topografică şi chirurgicală a membrului superior, urmată de: Tratamentul infecţiilor mâinei şi ale degetelor.

Un volum de 220 pagini cu o prefaţă de Prof. Dr. Const. Constantinescu. Imprimeria «Bucovina» Toronţina — Bucureşti.

Dr. Traian Katz Galaţi: Blenoragia şi tratamentul actual prin sulfamide. Diagnostic — complicaţiuni.

Un volum de 240 pagini cu o planşe în culori, 20 fotografii şi microfotografii.

Imprimeriile Independenţa Bucureşti.

REVISTA CĂRȚILOR

Profesor Dr. G. Băltăceanu:

Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie.

Vol. III, cuprinzând 340 pagini, „Cartea Românească" București.

Profesorul Băltăceanu, prin acest al trilea volum continuă frumoasa sa operă științifică și didactică, începută anii trecuți, când a publicat primele două volume din această serie.

Sub titlul modest de «Lecțiuni de terapeutică și de Farmacodinamie», Profesorul Băltăceanu publică de fapt capitole dintr'un mare tratat de medicină internă, cu specială privire asupra terapeuticei.

In general, un tratat are desavantagiul, pentru autor, de a expune sistematic *toate* capitolele unei discipline. Prin urmare alături de acelea care l'au interesat foarte mult, meditând și experimentând îndelung asupra lor *și* acelea pentru care n'a avut o afinitate specială.

Tocmai pentru a se înlătura acest inconvenient marele tratate de Medicină sunt lucrări colective, în care fiecare autor scrie capitolul care l'a preocupat mai de aproape și unde a adus o contribuție personală

Această metodă, are și unele inconveniente. In primul rând lipsește unitatea de gândire și simetria între diferite capitole.

Dar sunt și avantagii: printr'o colaborare numeroasă, un tratat poate apare într'un timp scurt, redând o vedere de ansamblu asupra unei specialități, într'un anumit moment.

Profesorul Băltăceanu întrebuințează o altă metodă de lucru, pe care o considerăm interesantă și utilă. Ținem să o remarcăm, întrucât ea a dus la rezultate admirabile și credem că ar putea fi aplicată cu folos și de alți autori.

D-sa a publicat, în trei volume consecutive, între anii 1933 și 1940 o serie de «lecțiuni» cari de fapt sunt capitole ale unui Tratat de Clinică terapeutică.

Continuând astfel, în câțiva ani, toate chestiunile mari ale clinicei și patologiei medicale vor fi expuse în mod amănunțit, dându-se o deosebită desvoltare terapeuticei.

A doua ediție a acestor volume, va putea apare sub forma unui tratat de terapeutică, atât de necesar literaturei medicale românești. Va fi destul ca diferitele capitole să fie grupate în ordinea clasică și să se facă adăogirile de rigoare într'o știință ce se află într'o continuă evoluție, pentru ca Profesorul Băltăceanu să-și fi desăvârșit opera începută în 1933.

Am făcut aceste considerațiuni și sugestii din două motive:

Se simte din ce în ce mai mult nevoia unor tratate românești de medicină. Atât medicii cât și studenții cer, din ce în ce mai stăruitor, cartea de știință românească. Cea mai elocventă dovadă a acestei idei, este că toate cărțile bune de medicină se epuizează în câțiva ani.

Profesorul Băltăceanu este cu deosebire indicat să înfăptuiască un astfel de tratat întrucât d-sa este în acelaș timp: un cercetător pasionat, un profesionist renumit, un scriitor fecund și un profesor cu remarcabil talent didactic.

Insușiri, cari de obicei nu merg împreună, sunt fericit îmbinate în personalitatea Profesorului Băltăceanu.

Această observație nu am făcut-o acum când rezultatele unei activități rodnice și titlurile oficiale, consfințesc o reputație, unanim recunoscută. Incă de mult, când în 1923 am pus bazele revistei «România Medicală», m'am adresat D-rului Băltăceanu, solicitându-i colaborarea sa prețioasă. Ani întregi au apărut în coloanele acestei reviste, *Formularul său terapeutic*, stârnind interesul și admirația cititorilor noștri.

Ei, ca și noi, i-am rămas fideli cum și Băltăceanu a rămas credincios unei înalte concepțiuni de viață științifică și profesională.

* * *

Metoda de expunere utilizată de Profesorul Băltăceanu în redactarea lucrărei sale și sintetizată de d-sa în Introducerea volumului este practică, logică, simplă și impregnată de spiritul științific al autorului.

Pornind dela ideia că o bună terapeutică nu se poate face decât înțelegând mecanismul fiziopatologic al fenomenelor morbide, — el este expus pe larg în prima parte a fiecărui capitol.

In ceeace privește terapeutica în sine, Profesorul Băltăceanu plecând dela convingerea că ea trebue să fie strict individuală și riguros adaptată bolnavului ce tratăm, subliniază importanța prescripțiilor medicale, neretinând dintre specialitățile medicale decât pe acelea cari reprezintă o valoare sigură.

In terapeutica modernă, medicația neconstituind decât o parte a tratamentului, Profesorul Băltăceanu dă o largă desvoltare sero- și vaccino-terapiei, dieteticei, curei hidro-minerale și agenților fizici.

Din acest punct de vedere, este cartea de terapeutică cea mai complectă pe care un autor ar putea-o scrie și un cititor ar putea-o dori.

Ținându-se seamă de toate lucrările vechi și recente, de toate concepțiile clasice și de toate inovațiunile contemporane, Profesorul Băltăceanu, a utilizat tot materialul vast al științei și literaturei medicale, dând o lucrare personală de o mare valoare.

Cu deosebire în acest al treilea volum, sunt grupate o serie de probleme în care autorul are lucrări originale de mare importanță.

Dintre acestea vom cita chestiunele de patologie a aparatului digestiv, care a constituit întotdeauna o preferință a școalei de terapeutică, întemeiată de Profesorul Teohari și continuată de Profesorul Băltăceanu: Gastrita cronică hipopeptică, Ulcerul doudenal, Duodenita acută, Colita ulceroasă, Sequelele colecistectomiei.

Curele hidro-minerale, în terapeutica acestor boale, se bucură de o expunere largă, bazată pe numeroase cercetări experimentale făcute în Institutul de Balneologie din București. Acestea au fost inițiate și conduse de Profesorul Băltăceanu, cu scopul precis, pe care îl arată în Introducerea volumului, de a înlătura empirismul, înlocuindu-l prin studii clinice și cercetări experimentale.

Grație metodei utilizate, în problemele de clinică terapeutică expuse în volumul de față, se aduce o mare contribuție originală și multe interpretări personale a ideilor curente.

De aceea credem că autorul a fost foarte bine inspirat când s'a decis să publice acest volum în limba franceză. Astfel, ideile și cercetările expuse, vor putea avea o mai largă răspândire, în lumea științifică de pretutindeni.

In special capitolul de Farmacodinamie asupra medicamentelor diuretice, este unul dintre cele mai interesante și mai originale. Numeroase experimentări pe animale, larg documentate prin înregistrări grafice, au dus la concluziuni, cari au fost ulterior verificate în clinică.

* * *

Recenzia unei cărți nu poate fi nici un rezumat al ideilor fundamentale, nici un indicator amănunțit al cuprinsului ei. Printr'o recenzie se poate numai semnala cititorilor apariția unei lucrări de mare valoare, de care trebue să se intereseze sau li se poate atrage atenția asupra unei cărți pe care trebue să o evite.

Ne facem o plăcută datorie, de cronicari obiectivi ai vieții medicale românești, — să înregistrăm cu toate elogiile, apariția celui de al III-lea volum al Terapeuticei clinice a Profesorului Băltăceanu.

Această carte va constitui pentru medici, o lectură plăcută, interesantă, instructivă și mai ales, foarte utilă — atât pentru ei cât și pentru bolnavii lor.

Prof. Dr. P. TOMESCU

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :
Fiole a 1 cmc. conţinând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conţinând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI 67 TEL. 4.98.08

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%
Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.
Doza uzuală : 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale
„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Maria Rosetti 47. Tel. 2.99.31

Dyridium

Antiseptic urinar

cu acţiune analgetică, rapidă
Scurtează timpul boalei

Cistite
Pielite
Prostatite

Forme de prezentare:
Tuburi cu 12 dragele
Flacoane cu 25 dragele

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III., Str. G-ral Er. Grigorescu 6

CARBANTRÈNE „CIBA"

10 % Iodocloroxichinoleină bismutată
20 % Pectină
70 % Cărbune activ

împiedecă desvoltarea florei intestinale patogene
absoarbe toate toxinele exogene şi endogene din intestin
reduce peristaltismul intestinal exagerat

In enterocolitele cronice se poate eventual combina cu Entero-Vioforme, acesta din urmă administrat pe cale rectală.

Formă pusă în comerţ: Cutie cu 50 gr. granule.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle „Ciba"
Reprezentant pt. România: M. ROBERT LECLERC, Bucureşti III, Str. Pietăţii 33.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

O conferinţă a medicilor primari de psihiatrie

D-nii Prof. dr. L. Ballif, Directorul Spitalului Socola din Iaşi şi Prof. dr. P. Tomescu, Directorul Spitalului Central din Bucureşti, au luat iniţiativa convocării unei conferinţe a medicilor primari ai serviciilor de boale mintale de la spitalele din ţară.

Psihiatria a făcut în ultimii ani, progrese atât de însemnate, încât această specialitate se află într'o fază de transformare radicală şi de incontestabil progres.

De aceea s'a crezut necesar ca medicii care au conducerea şi răspunderea acestei specialităţi să se întrunească într'o conferinţă pentru a discuta modalităţile de aplicare practică a nouilor principii şi metode ale psihiatriei contimporane.

In afară de aceasta, va trebui să se examineze modalităţile cele mai potrivite pentru organizarea spitalelor şi serviciilor de specialitate, astfel că ele să poată aplica pe o scară întinsă nouile metode terapeutice.

Conferinţa va avea loc în zilele *de 22 şi 23 Iunie*, la Bucureşti la Clinica de Psihiatrie de la Spitalul Central de Boale Mintale şi Nervoase.

Ministerul Sănătăţii a binevoit a aproba ţinerea acestei conferinţe, acordând tuturor medicilor primari un concediu de 4 zile (21 — 24 Iunie), pentru a putea asista.

Se vor discuta următoarele probleme :

1. Organizarea terapeuticei prin malarie în toate spitalele de specialitate şi eventuala extindere a acestei metode de tratament în alte centre importante ale ţării *(Raportor d. Prof. dr. Mihai Ciucă).*

2. Organizarea tratamentului boalelor acute în servicii sau secţiuni speciale şi dotarea lor cu personalul şi materialul necesar.

Chestiunea tratamentului prin şoc insulinic şi prin şoc de cardiazol. *(Raportor d. Prof. dr. P. Tomescu).*

3. Legătura ce trebue stabilită între spitalele de specialitate şi medicii oficiali şi practicenі, în dublul scop de a dirija bolnavii incipienţi către spitalul de specialitate şi de a-i urmări după ieşirea lor pentru complectarea tratamentului de care vor avea nevoe. *(Raportor d. Prof. dr. L. Ballif).*

4. Organizarea tratamentului ambulator al cazurilor uşoare de epilepsie şi Parkinsonism encefalitic, la serviciile sanitare rurale şi urbane ale Ministerului Sănătăţii. *(Raportor d. Prof. dr. L. Ballif).*

5. Problema şcoalelor de infirmiere pentru spitalele de boale mintale. *(Raportor d. Prof. dr. P. Tomescu).*

Medicii Primari ai Servicilor de Psihiatrie sunt rugaţi să trimită adeziunea lor şi propunerile ce au de făcut, la Clinica de boale mintale, Spitalul Central, Şoseaua Berceni Bucureşti V

Viitoarea salarizare a medicilor din serviciul statului

Noul cod al funcţionarilor publici prevede următoarea salarizare lunară pentru medicii din serviciul Statului:

Medici sanitari:

Inspector general sanitar	19.000
Subinsp. general sanitar	15.000
Medic şef al Capitalei	18.000
Medic subşef al Capitalei	17.000
Medic primar de judeţ	12.000
Medic şef de Municipiu	11.000
Medic şef de oraş	11.000
Medic şef de port principal	11.000
Medic de circ. urbană sau de port	10.000
Medic de circ. rurală	11.000

Medici de spitale şi dispensare:

Medic primar de spital	10.000
Medic de spital mixt cu circ. rur.	10.000
Medic de spital mixt sau rural	9.500
Medic de dispensar	8.000
Medic asistent	6.000
Medic secundar	6.000

Medici de laborator:

Medic şef de laborator (higienă)	12.000
Medic şef de laborator (spital)	11.000
Medic de laborator	10.000
Asistent de laborator	7.500
Medic preparator	6.000

Activitatea medicală a Aşezămintelor Brâncoveneşti

In adunarea geenerală a Aşezămintelor Brâncoveneşti s'au dat următoarele cifre statistice, care oglindesc frumoasa activitate medicală a instituţiei:

64.168 consultaţii gratuite Bucureşti; 7403 internaţi în spitalul Bucureşti şi 7038 trataţi; 414 internaţi în sanatoriu; 16167 internaţi sau consultaţi în dispensarele-spitale dela Cervenia, Stoeneşti, Dăbuleni, Măceşuri, Necşeşti şi Gângiova. Costul întreţinerii unui pat anual, s'a ridicat dela 39996 la 42350 lei, iar costul mediu al întreţinerii unui bolnav socotit pe media zilelor de cură a fost de 4019 lei, faţă de 2642, cât a fost media pe ultimii ani. Din cei 7403 bolnavi internaţi în spitalul central, 1069 au fost căutaţi total sau parţial gratuit. Intreţinerea celor trei clinici pe cari Epitropia le pune la dispoziţia Facultăţei de medicină a costat în total 10.820.178 lei.

Jubileul de zece ani al „Revistei de Igienă Socială"

«Revista de Igienă Socială», întemeiată şi condusă cu atâta competinţă de D-l Dr. *Banu*, îşi sărbătoreşte zece ani dela apariţie printr'un număr festiv închinat «Problemelor sanitare ale populaţiei rurale din România».

Este un volum, impresionant prin dimensiunile lui, cuprinzând *1826 pagini* şi prin conţinutul lui, dedicat celei mai vitale probleme de sănătate din ţara noastră.

Vom reveni, pe larg asupra acestor lucrări într'adevăr monumentale.

In cele ce urmează vom reproduce prefaţa D-rului *Banu:*

«Lucrarea de faţă, expresiune a imperativului vremii apare datorită colaboratorilor români şi celor din ţările învecinate. Domniile-lor au apreciat iniţiativa noastră şi încadraţi în disciplina organică a lucrării ne-au dat, cu competenţă, contribuţii de reală valoare.

Mijloacele necesare pentru imprimarea acestui volum, ne-au fost oferite, în cea mai mare parte, de d. Prof. *N. Horîolomei*, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale. Toţi colaboratorii şi eu personal îi mulţumim.

Colaborarea obţinută, binevoitor din partea colegilor din ţările învecinate, o considerăm numai un început, cu mari perspective de viitor, înfăţişarea, comparabilă, a ţărilor noastre şi identitatea problemelor cred că va impune o tot mai strânsă colaborare.

Am o sinceră obligaţie faţă de d-nii profesori ai celor trei Facultăţi, cari ne-au dat, la zi, rezultatul studiilor şi experienţei lor. Recunoştinţa mea este cu atât mai profundă, cu cât unii conducători de institute, singuri sau cu colaboratori, au întreprins cercetări şi au realizat studii pentru a răspunde chestiunilor sugerate de planul lucrării de faţă.

Sunt mult îndatorat d-lor profesori d-ri C. Ionescu-Mihăeşti şi M. Ciucă, din institutul «Prof. Dr. Cantacuzino» cari, pentru studiul bolilor infecţioase, au schiţat planul, au dirijat lucrările şi au purtat grija perfecţiunii lor, dimpreună cu colegii din institut. O particulară gratitudine exprim şcolii de igienă din Cluj (Prof. Dr. I. Moldovan) şi celorlalţi colegi de acolo, pentru aportul lor atât de important. Multe documente îşi găsesc origina în cercetările institutului de ştiinţe sociale şi ale Echipelor Regale, de sub conducerea D-lui Prof. D. Gusti. Ii rămân îndatorat. Deasemeni, contribuţiuni au pornit dela: Institutul naţional zootechnic, Institutul de cercetări agronomice al României şi Institutul central de statistică.

Numărul colaboratorilor la această operă se ridică aproape la o sută. Nu

mândria mea de a fi putut armoniza munca atâtor cercetători trebue considerată, ci faptul că apelul meu către muncitori savanţi sau tineri în curs de iniţiere a găsit înţelegere şi o înaltă conştiinţă de răspunderea pentru cuvântul dat.

Prieteni şi colegi, devotaţi şi competenţi, lucrează alături de mine de acum 10 ani, când revista şi-a început apariţia.

Serii după serii, au venit lângă noi şi am muncit cot la cot. Cu ocazia acestui scurt popas, îi rog să creadă în preţuirea mea.

Participarea la realizarea acestui număr festiv, care încoronează zece ani de muncă neîntreruptă, a atâtor personalităţi de elită, este pentru noi o recunoaştere şi cea mai înaltă răsplată».

Distribuirea diplomelor absolventelor şcoalei de surori dela Spitalul Central

Sub prezidenţia d-lui dr. *Petre Topa*, subsecretar de stat la ministerul sănătăţii, s'a făcut Duminică 9 Iunie, serbarea de fine de an şi distribuirea diplomelor absolventelor şcoalei de surori de caritate dela Spitalul central de boli mintale din Capitală.

Erau de faţă d-nii: prof. dr. *Petre Tomescu*, directorul spitalului; şi corpul didactic al şcoalei format din:

D-rele: Dr. Jercea, Felicia Şerban, Lucreţia Ionescu, Olimpia Vlădoianu şi d-nii d-ri: I. Cosmulescu, Dan Constantinescu, Andrei Dobios şi Const. Daniel.

D. profesor dr. *P. Tomescu*, a mulţumit d-lui ministru *Topa* pentru onoarea ce face şcoalei de susori de la spitalul central, prezidându-i serbarea de fine de an.

D-sa arată apoi, că psihiatria a suferit o transformare radicală în ultimii zece ani, randamentul ei terapeutic ajungând la rezultate nesperate altă dată. Astfel, în prezent 80 la sută din bolnavii internaţi, ies din spital vindecaţi sau ameliorati.

Pentru a se ajunge la aceste rezultate, a trebuit să procedăm la o înoire a metodelor şi a personalului nostru medical şi auxiliar.

Concursul de internat ne-a adus o serie de colaboratori bine selecţionaţi dintre medicii tineri; iar şcoala de surori, întemeiată acum 4 ani, a format o echipă de auxiliare preţioase în îngrijirea bolnavilor.

D. profesor *Tomescu*, închee, adresându-se celor 25 de absolvente ale şcoalei şi, felicitându-le pentru studiile făcute, le urează să păstreze pentru frumoasa lor misiune de soră, devotamentul şi entusiasmul pe care l-au dovedit în cursul celor trei ani de studii — la spitalul central.

D. subsecretar de stat dr. *Petre Topa* şi-a manifestat interesul deosebit pentru opera înfăptuită la spitalul Central din punct de vedere al asistenţei bolnavilor şi al randamentului social al acestei instituţii, felicitând pe d. prof. *Tomescu* pentru rezultatele obţinute.

D-sa relevă apoi că iniţiativa de organizare a şcoalei de infirmiere este bine venită, deoarece medicii din toate instituţiile statului au nevoe de un personal auxiliar bine pregătit, spre a-şi putea îndeplini în cât mai bune condiţiuni misiunile lor.

Felicitând pe absolventele şcoalei pentru sârguinţa ce au depus-o până acum, le îndeamnă să-şi îndeplinească profesiunea pe care au îmbrăţişat-o, cu tot devotamentul.

Sora *Florica Ioan* a mulţumit d-lui ministru *Topa* şi d-lui prof. *Tomescu*, pentru bunele îndrumări ce le-au dat, după care d. ministru a făcut împărţirea diplomelor.

D. ministru *Topa* a vizitat apoi serviciile spitalului.

Darea de seamă anuală a Spitalului Elias

Din darea de seamă pe anul 1939 a Fundaţiei Elias, extragem următoarele date asupra spitalului Elias.

Din examinarea Bilanţului special al Spitalului Elias încheiat la 31 Dec. 1939, se constată existenţa unui activ de lei 131.448.415, care se compune din două părţi distincte şi anume:

1) Inzestrări:

Valoarea teren şi clădiri	lei	70.535.932
Instalaţiuni fixe	»	35.485.789
Aparate şi instrumente	»	12.413.252
Mobilier	»	6.206.889
Veselă, scule, etc.	»	1.390.521
Rufăria	»	3.327.177
Biblioteca	»	36.487
Total		129.396.047

2) Stocuri consumabile:

Dep. de medicam. şi React.	lei	1.510.845
Dep. de alimente	»	308.404
Materiale şi diverse valori	»	233.119
Total general		131.448.415

Venituri. — Deşi spitalul a fost deschis cu o oarecare întârziere, din cauza evenimentelor excepţionale prin care trecem şi deschiderea nu a fost cunoscută marelui public decât mai târziu, totuşi încasările au fost destul de mulţumitoare pentru un început.

In 1939 s'au încasat dela:

Sanatoriu	lei	1.939.383
Spital	»	1.048.850
Ambulatoriu cu secţiile sale	»	1.010520
Chirurgia	»	177.870
Laboratoarele	»	287.821
Total lei		4.455.444

Cheltueli. — In 1939 s'au cheltuit:

Salariile personalului medical şi administrativ	lei	3.984.382
Hrana bolnavilor şi a pers.	lei	1.816.202
Iluminat, forţă motrică şi încălzitul	lei	1.301.917
Apă, canal, etc.	»	150.904
Intreţinere, curăţenie, spălătorie	»	298.506
Cheltueli generale	»	360.761
Medicamente	»	523.264
Diverse	»	128.143
Total lei		8.654.079

Diferenţa între venituri şi cheltueli a fost suportată din subvenţia acordată de Fundaţie.

Mişcarea bolnavilor. — Din statistica internărilor în spital reiese că în cursul anului 1939 au fost internaţi 876 bolnavi, reprezentând 16.118 zile de tratament.

Zilele gratuite de 3999 şi cele cu reduceri (75, 25, 50%) în număr de 6703, sau un total de 10.702 zile, reprezintă 70% din totalul zilelor de tratament, deci o cotă extrem de importantă.

Prin aceasta se îndeplineşte astfel şi dorinţa umanitară a generosului donator.

La Ambulatoriu s'au dat 6005 consultaţiuni cu o plată minimă, precum şi 6386 consultaţiuni gratuite.

Reducerile şi gratuităţile au fost acordate pe bază de acte şi cercetări riguroase, făcute de multe ori la domiciliu de către serviciul special de asistenţă al spitalului, prin fişe individuale.

Din aceste date rezultă că îngrijirea şi întreţinerea unui bolnav în spitalul Elias, costă în medie 536 lei pe zi.

Concurs de medici secundari la Spitalul Brâncovenesc

Se aduce la cunoştinţa generală că concursul pentru ocuparea a două locuri de medici secundari în specialitatea medicină internă, care era fixat pentru ziua de 28 Iunie a. c., la Epitropia acestor aşezăminte, se amână pentru ziua de 1 Octombrie a. c., la orele 9 dimineaţa.

Registrul de înscrierea d-lor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţionare în calitate de medic secundar, se găsesc spre înscriere şi consultare în toate zilele de lucru, la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9 — 12.

Insrierile, conform regulamentului, se pot face numai până în ziua de 20 Septembrie 1940, orele 12.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8,

Avitaminozele P. P.

PELLACOTIN

„DR. R A D U"

Pe bază de acid nicotinic şi aminoacizi

2 Forme: Fiole injectabile conţinând 0,150 gr. acid nicotinic.
Tablete conţinând 0,100 gr. acid nicotinic.

Acţiune rapidă în:

Pelagră
Turburări digestive
Porfirinurie
Afecţiuni cutanate
Turburări mintale
Surditatea sunetelor înalte.

Cutii cu 5, 15 şi 50 fiole a 5,3 cc. Flacoane cu 30 tablete

Dr. ALEXANDRU RADU, Bucureşti 3, Strada Sofia 30

Un medicament nou

Un produs românesc

CAMFOTON

Tuberculosă în toate stadiile
Anemii tuberculoase
Convalescenţă postoperatorie
Inapetenţă
Demineralizare
Turburări de creştere
Atonie gastrointestinală
precum şi
Toate indicaţiile calciului

Cutii cu 5, 20 şi 50 fiole à $5_{,3}$ cc.

Laboratorul „Dr. ALEXANDRU RADU" Bucureşti 3, Str. Sofia 30

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOIOD

SUBCUTAN, INTRAVENOS, INTRAMUSCULAR

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), colibacilozele etc.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.**

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: **In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATA:** 4—8 comprimate pe zi.
Este recomandabil de a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată,* deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând, este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

Reprezentanţe Regionale:

Cernăuţi — Str. Iancu Flondor, 17 Tel. 3116
Cluj — „ Iuliu Maniu, 26/11 Tel. 1200
Iaşi — „ Săulescu, 2 Tel. 2259

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 13-14 | 10 Lei Exemplarul | 1 Iulie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. M. NASTA: *Importanţa factorului alimentar în rezistenţa organismului la infecţii* . . . 153

Dr. D. ZAMFIR, V. CONSTANTINESCU şi M. HABERMAN: *Maladia lui Addison în lumina noilor cercetări* 156

Dr. I. PAVEL şi Dr. RÂMNICEANU: *Problema recuperării bolnavilor cu maladii interne în timp de război* 159

GEORGE DACU şi CONSTANTIN IONESCU: *Asupra pneumotoraxului contro-lateral, cu ocazia întrebuinţării sale eficace într'o hemoptizie gravă.* 161

Pagina

REUNIUNI MEDICALE

CONFERINŢA MEDICILOR PRIMARI DE PSIHIATRIE

Prof. Dr. M. CIUCĂ: *Organizarea terapeuticei prin malarie în toate spitalele de specialitate şi eventuala extindere a acestei metode de tratament în alte centre importante ale ţării* 164

Prof. Dr. L. BALLIF: *Legătura ce trebue stabilită între spitalele de specialitate şi medicii oficiali în vederea recrutării bolnavilor şi a tratamentului lor ulterior* . 165

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Organizarea tratamentului boalelor acute în servicii sau secţiuni speciale şi dotarea lor cu personalul şi materialul necesar. Chestiunea tratamentului urin şoc insulinic şi prin şoc de cardiazol* 165

Pagina

CRONICI

Inaugurarea Muzeului de Antropologie al Facultăţei de Medicină din Bucureşti 163

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Jubileul de zece ani al „Revistei de Igienă socială"; Comitetul Soc. medicale a Spitalelor; Noul comitet al Colegiului medical de Ilfov. 167

Prima Conferinţă ştiinţifică şi profesională a Medicilor Legişti; Transferări de medici în spitalele Eforiei din Capitală 168

Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul

BLENORAGIEI

ULIRON

Preparatul chimioterapeutic, pentru tratamentul pe cale bucală.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18. Tel.: 37-22

LABORATORUL „THERGAN", ARAD

Recalcifiant ideal

CALCOSAL iradiat

granule

Compoziţie: Ergosterină iradiată, Ca. lactic, fosforic, glicerofosforic, Extr. Kola şi Nux vomica.
Indicaţii: Debilitate, rachitism, T. b. c., pulmonară şi osoasă, Limphatism, fracturi, turburări de sarcină şi alăptare.
Posologie: Adulţi 2—3 linguri, copii 2—3 linguriţe, pe zi.
Cutii orig. 150 gr.—

Anemii pernicioase, anemii simple, debilitate, surmenaj, convalescenţă,

HEPATON SIROP

Compoziţie: Extr. Heparis, Extr. Lienis, Linquor Arsen Fowleri, Extr. Kola.
Posologie: Adulţi 3 linguri. Copii 2—3 linguriţe pe zi.
Flc. orig. 150 gr.

Sedativ al tusei-anti-spasmodic

SEDATUSSIN-SIROP

Compoziţie: Tetraguajacolat de Calciu, Bromoform, Efedrină, Acthylamidobenzoic, Calciu bromat, Sirop Citri.
Se administrează cu succes în toate afecţiunile acute şi cronice, astm, gripă, pneumonii, emphisem, tuse, convulsivă, T. b. c.
Posologie: Adulţi 3 linguri, Copii 3 linguriţe pe zi.
Flc. orig. 180 gr.

Tonic-Metalic

FERROCUTON SIROP

Compoziţie: Ferum sulfuricum, Cuprum sulfuricum, Na. kukodilicum, Acid chlorhydic.
Indicaţiuni: Anemii primare, secundare, chloroză, neurastenie.
Posologie: Adulţi 3 linguri, Copii 3 linguriţe pe zi.

Literatură şi eşantioane trimite la cerere—gratuit, «THERGAN». Industrie farmaceutică, Arad, Strada Ion Calvin No. 38. — Preparatele se găsesc la toate depozitele Engros de medicamente din Capitală.

UROCARMIN

PENTRU TRATAMENTUL şi PROFILAXIA INFECŢIUNILOR CĂILOR URINARE

COLORANT AZOIC CU ACŢIUNE BACTERIOSTATICA
(bacilul coli, strepto şi stafilococ, proteus, etc.)
EFECTE NEINFLUENŢATE DE REACŢIUNEA URINEI.

Tablete: tuburi cu 20 şi 50 tablete.

AKROFOLLIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI FOLICULAR CU ACŢIUNE ENERGICĂ ŞI DURABILĂ

FIOLE: 1000, 10.000, şi 50.000 U. S.
DRAGEURI: 1000 şi 5000 U. S.
(1. U. S. = 1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI CORPULUI GALBEN

FIOLE: 0,5, 2 şi 5 U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

ROSARBIL

Substanţele de bază ale acestui preparat sunt principii activi extraşi din plantele: **Cynara Scolymus** (Artichaut), **Rosmarinus officinalis, Peumus boldus** şi **Rhamnus Frangula** (Bourdaine).

Intrebuinţarea foilor de **Cynara Scolymus** ca medicament, datează din secolul XVIII când mai mulţi autori au preconizat acestă plantă pentru a vindeca icterul şi hidropisia.

Dată uitării câtva timp, a fost actualizată prin studiile făcute de **Brei** (1922), **Tixier** şi colaboratorii săi. Din foile plantei aflate pe tulpină — iar nu din bracteele comestibile numite impropriu foi de **artichaut** — se prepară extractul care intră în compoziţia preparatului «ROSARBIL».

Principiul activ al foilor de **artichaut** este **cinarina** care, după **Brei** şi alţi autori, se bucură de proprietăţi diuretice şi coleretice. Datorită acestui principiu activ secreţia biliară este mărită, fără a se turbura funcţiunea biliară.

Se ameliorează în acelaş timp drenarea hepatică şi se regulează mecanismul azotemiei şi colesteremiei prin scăderea procentului de uree şi colesterină.

Rosmarinus şi **Boldo** se bucură deasemenea de proprietăţi colagoge, cantitatea de bilă putând fi dublată şi chiar triplată uneori, aceasta datorită *boldinei* şi *uleiurilor volatile* conţinute în foile acestor plante.

Frangula (Bourdaine) are o acţiune laxativă; nu irită intestinul şi nu provoacă colici şi vărsături.

Datorită compoziţiei sale, preparatul «**ROSARBIL**» combate insuficienţa biliară; stimulează activitatea celulei hepatice şi activează secreţia şi excreţia biliară. Deaceea, el este *un medicament specific al afecţiunilor hepatobiliare, fiind indicat în insuficienţele hepatice şi biliare, congestiile ficatului, colecistite, icter, etc.*

Modul de întrebuinţare: 2—3 linguri pe zi, amestecat cu 2—3 linguri de apă.

O lingură (15 grame) conţine: câte 0,50 gr. Extract. Rosmarini fluid, Extract. Boldo fluid. Extract. Cynara spiss. şi 1 gr. Extract. Frangulae fluid.

Incurajarea industriei naţionale este un interes social şi naţional

IODIPON

Peptonat de iod

Principii activi: Iod coloidal cu Peptona din carne în combinaţie stabilă şi asimilabilă.

Indicaţiuni: Artero-scleroză, artritism, sifilis, gută şi în toate cazurile unde e indicat un tratament cu iod.

Nu produce iodisme.

Doza zilnică:

Pentru adulţi 20-60 picături
Pentru copii 3-30 picături

In Diateza urică, Artritism, Gută, Gravelă, Reumatism, Sciatică, Uricemie, Obesitate, tratamentul cu

UROSOLVAN

dă întotdeauna rezultate precise. UROSOLVANUL este un disolvant şi eliminant puternic al acidului uric. Conţine: Chinat de piperazină, Formină şi săruri de lithină.

Doza zilnică: 2—4 măsuri dizolvat în $^1/_4$ pahar cu apă.

OPOGLOBIN

Extract de ficat, glicerofosfat, sare de cupru şi toţi componenţii activi al sângelui.

Indicaţie: în anemie, debilitate generală, convalescenţă, astenie, pretuberculoză.

Doza:
La adulţi 2—3 linguri pe zi.
La copii 2—3 linguriţe pe zi.

Laboratorul „Dr. AL. ITEANU", Bucureşti I
Strada Vasile Lascăr No. 5 şi 7.

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele același rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul științific București, Str. Aurel Vlaicu No. 33.

Schering

ENDOJODIN

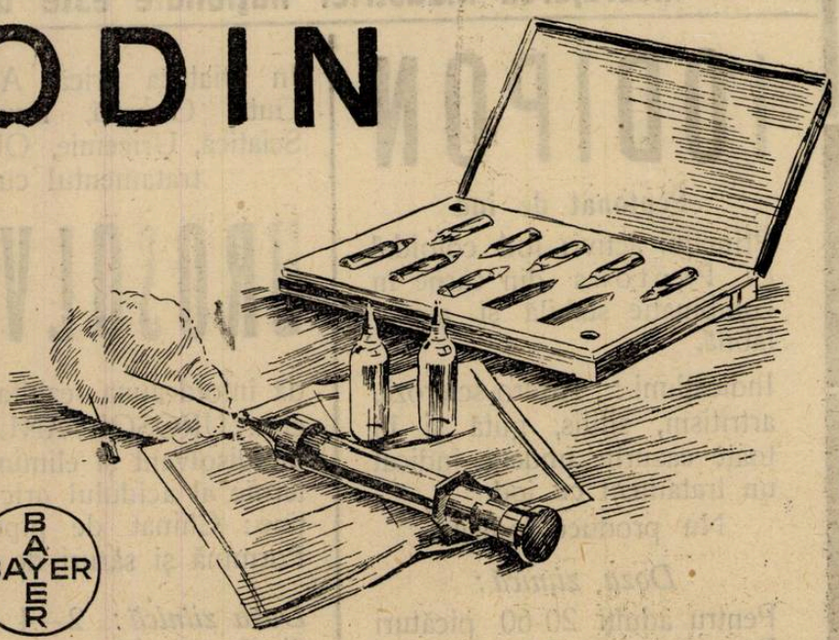
Sare organică de iod

Pentru tratamentul cu iod și la pacienții sensibili față de iod.

Nu produce iodisme!

In reumatism, hipertonie, arterioscleroză sifilis, angină pectorală, astm bronșic, aortalgie, bronșită cronică etc.

Cutii cu 10 fiole de 2 cmc.



»Bayer« LEVERKUSEN

BAYER

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3-92.86. Sucursala Cluj, Calea Moților 18, Tel. 37-22.

Anul XVIII. No. 13-14 10 Lei Exemplarul 1 Iulie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Importanța factorului alimentar în rezistența organismului la infecții

de Dr. M. NASTA

In articolul nostru precedent *(Alimentația ca problemă fundamentală a sănătății publice și prosperității naționale, Rom. Medicală, 1 Ian. 1940)*, arătam că deficiența în substanța protectoare a alimentației poporului nostru este una din principalele cauze ale gravei stări sanitare, morbiditate și mortalitate excesivă, proprie populației noastre rurale și urbane, fără a mai vorbi de starea de subnutriție permanentă, care se manifestă mai ales la copii dar într'o măsură apreciabilă și la adulți. Semnalam cu această ocazie că deficiența în proteine animale și vitamine determină și lipsa de rezistență la infecțiuni și că aceasta explică, printre altele, locul important pe care boalele infecțioase îl ocupă în rândul cauzelor de mortalitate în primele rânduri aflându-se boalele infecțioase, bolile aparatului respirator (în majoritate pneumonii și bronchopneumonii), bolile aparatului digestiv (cu principala participare a infecțiilor gastrointestinale), în fine, tuberculoza.

Ie cele ce urmează vom expune mai pe larg datele clinice și experimentale care, în ultimii ani, mai ales, au pus în evidență importanța alimentelor protectoare: vitamine și proteine animale, pentru rezistența organismului față de infecții.

In ceeace privește vitaminele, cele mai concludente informații sunt cele despre rolul protector pe care-l joacă vitamina A. După expunerea făcută de *Topley* și *Wilson* în «*Principles of. Bacteriology and Immunity*», încă din 1909 *Knapp* a descris xeroftalmia datorită avitaminoasei A, caracterizată printr'o leziune epitelială asociată în stadiile terminale cu o infecție microbiană a țesuturilor subajacente. *Bloch* în 1928 a descris rezultatele avitaminozei A la copiii danezi în timpul războiului, semnalând în special slaba lor rezistență la toate infecțiunile intercurente *mai cu deosebire la bronchopneumonii*. *Blegvad* citează următoarele cauze de mortalitate la copiii cu xeroftalmie: bronchopneumonia, bronșita acută, pyuria, otita medie.

Experimental s'a văzut că sensibilitatea șobolanilor la infecții intercurente este mult crescută în cursul avitaminozei A. *Goldblatt* și *Bienstock* au dovedit că din acest punct de vedere deficiența cea mai importantă este aceea a vitaminei A și nu B. Infecțiile intercurente cele mai des semnalate au fost următoarele: abcese limfatice, artrite supurate, otite, pielonefrite, bronchopneumonii. In infecția experimentală cu *b. typhi murium, Lassen* a arătat că o scădere a rezistenței la infecție, însă moderată, apare după 3 — 3½ săptămâni de regim lipsit de vitamina A, înainte ca să apară semnele clinice caracteristice avitaminozei, dar că această scădere a rezistenței își atinge maximul odată cu apariția fenomenelor de xeroftalmie. Deasemenea s'a constatat că animalele cu avitaminoza A sunt și mai puțin rezistente la toxice.

Mecanismul e greu de explicat, s'a crezut că modificările epiteliului intestinal ar determina o mai mare permeabilitate pentru agenții infecțiunii, dar ipoteza e infirmată de faptul că rezistența e mai redusă și față de infecția pe cale subcutanată sau intravenoasă.

Producția de anticorpi nu e diminuată *Cramer* și *Kingsbry* 1924 și *Simolla* și *Brunius* 1933), deasemenea animalele înprealabil vaccinate nu-și pierd imunitatea dobândită, în cursul avitaminozei.

Dacă deficiența în vitamina A e incontestabil o cauză de diminuare a rezistenței la infecții, în schimb până acuma nu s'a putut aduce dovada experimentală că excesul, peste rația normală ar mări această rezistență. In clinică *Mellanby* și *Green* au constatat în cursul puerperalității că femeile cari au primit un surplus de vitamină A, au dat un procent mai mic de procese infecțioase. Dacă o acțiune preventivă poate fi admisă, acțiunea curativă în cazul infecțiunei odată declarată (febră puerperală, pneumonie etc.), nu pare a fi fost confirmată. *(Thomas, Orenstein)*.

Pentru vitamina B. nu există date concludente, iar în ceeace privește vitamina C. experimental s'a văzut că la cobaiu, care este foarte sensibil la avitaminoza C, aceasta e însoțită de o diminuare a rezistenței la infecții, pe care de altfel și clinica a pus-o în evidență. Astfel *Mc Conkey* și *Smith* au putut determina la cobaiul cu avitaminoză C, infectați pe cale bucală cu bacili Koch, leziuni intestinale într'o foarte mare proporție. Din 37 de animale, au prezentat ulcerații 26 iar la 6 s'au găsit numai tuberculi cazeoși, fără ulcerații, restul rămânând normali Spre deosebire de aceștia, din 35 de martori cu regim normal în vitamină C. numai doi cobai au prezentat ulcerații intestinale, iar 7 numai tuberculi cazeificați, la toți celilalți negăsindu-se leziuni intestinale. Faptele acestea au fost confirmate de *Steiner, Greene* și *Kramer*.

In clinică dealtfel regimurile bogate în vitamine sunt considerate astăzi ca o terapeutică din cele mai eficace a tuberculozei intestinale.

Deși *Topley* și *Wilson* afirmă că nu există date concludente privitoare la acțiunea antiinfecțioasă a vitaminei D, cercetările lui *Pritchett* ne par destul de demonstrative în acest sens. Această autoare a arătat că dacă se adaogă 5% grăsime din unt (Vitamina A) și untură de pește (vitamina D) la un regim de pâine și lapte, prin el însuși suficient pentru a asigura înmulțirea și creșterea normală în curs de mai multe generații a unui lot de șoareci, rezistența acestora la infecția per os cu *B. pestis caviae*, este considerabil augmentată în comparație cu aceea a animalelor supuse la regimul ordinar. Un fapt identic se obține și cu dieta complectă a lui *Mc. Collum* chiar dacă grăsimea din unt este omisă, și se dă numai pâine și lapte, cu condiția însă ca acesta să fie iradiat (vitamina D). Cu toate că la aceste animale mai persistă fluctuații sezoniere în morbiditate totuși nivelul este mult mai redus decât acela al martorilor.

Kjar a atras atențiunea asupra fluctuațiilor sezoniere a infecțiilor spontane la animalele de laborator, fluctuații cari sunt în relație cu variațiile de conținut în vitamine a alimentației. In organismele lipsite de vitamine se constată în general o scădere de rezistență față de infecții și o augmentare, sau mai bine zis o apariție de virulență la germeni cu totul apatogeni sau numai foarte slab patogeni. Cu alte cuvinte germeni așa zis banali sau saprofiți pot deveni patogeni pentru organisme, în stare de carență vitaminică.

Pe de altă parte se știe că în cursul infecțiunilor cronice sau acute consumația de vitamine este crescută *(Stepp* și *Schweder)* și că sporirea lor în rația alimentară are în general o acțiune favorabilă. De asemenea și în

cursul imunizării experimentale organismul consumă mai multă vitamină C.

In general se admite că probabil nu este atât vorba de una anume dintre vitamine ci de o acţiune complexă prin participarea mai multora dintre ele, fie direct, fie prin acţiunea bine cunoscută, cel puţin a unora dintre ele, asupra glandelor cu secreţie internă (de ex. Vitamina C. şi Capsula suprarenală).

*

Dintre ceilalţi factori protectori, un rol *important revine proteinelor animale.* Astfel *Topley* şi *Wilson* citează lucrările lui *Watson* (1937) pe două loturi de şoareci cu un regim bine echilibrat conţinând şi vitaminele necesare cu deosebirea că la unul din loturi 50% din făina de ovăz e înlocuită cu lapte uscat, ceeace determină la acest lot o incomparabil mai mare rezistenţă la infecţia cu *tiphi murium* ca şi la injecţia cu toxina acestui microb, cea mai mare rezistenţă o prezentau şoarecii cari fuseseră hrăniţi dela început cu regimul cu lapte, dar o oarecare rezistenţă devenea apreciabilă şi la animalele care fuseseră supuse de 3 săptămâni la acest regim. Din cercetări ale lui *Webster, Pritchett* şi *Topley,* reiese deasemenea că laptele pare a fi factorul determinant al acestei rezistenţe. Ceeace este mai interesant din cercetările acestor autori, cari au studiat nu numai rezistenţa la o infecţie cu *b. typhi murium,* dar şi rezistenţa faţă de *sublimatul corosiv,* şi faţă de *toxina botulinică,* este, după cum subliniază chiar ei, că alimentaţia poate determina o considerabilă modificare de comportare faţă de un agent patogen o toxină chimică şi una microbiană fără ca între cele două regimuri studiate să existe deosebiri suficiente pentru a determina alteraţii în desvoltarea şi reproducerea normală a animalelor. Cu alte cuvinte rezistenţa la agenţii patogeni este influenţabilă de deficienţe cari încă nu sunt perceptibile prin manifestările lor în domeniul fenomenelor fisiologice.

Rezistenţa la diferiţi agenţi toxici a fost studiată de *Moise* şi *Smith.* Aceşti autori au supus intoxicaţiei cloroformice şobolani albi hrăniţi cu următoarele regimuri: — bogat în grăsimi — regim standard — bogat în hidrocarbonate — bogat în proteine şi au constatat că cea mai mare rezistenţă o prezentau şobolanii hrăniţi cu regimul bogat în proteine. *Smith* a studiat influenţa regimului faţă de intoxicaţia cronică prin seleniu. Experienţele lui pe şobolani au arătat că toxicitatea seleniului alimentar este în foarte largă măsură determinată de factorii alimentari. Prezenţa seleniului în doze cari sunt de o mare toxicitate pentru animalele cu un regim bogat în hidrocarbonate şi sărac în proteine este abia sau de loc toxică pentru animalele hrănite cu un regim bogat în proteine. Dacă regimul e sărac în proteine dar bogat în grăsimi se constată o oprire a creşterei şi căderea părului fără leziuni prea importante în organe, afară de oarecare degenerescenţă grasă a celulelor poligonale ale ficatului. Animalele îşi revin însă foarte curând dacă sunt supuse la un regim fără seleniu. Proteina întrebuinţată în aceste experienţe era caseina.

Foarte interesante în fine sunt experienţele lui *Webster* şi *Pritchett* cari scot în evidenţă influenţa pe care o are asupra descendenţei, regimul alimentar al femelelor în timpul graviditătii. Dacă femelele pline, e vorba de şoareci, sunt supuse la două regimuri diferite, regimul institutului Rockfeller şi regimul Mc. Collum, iar progenitura lor ajunsă la 8—10 săptămâni este inoculată pe cale gastrică cu *B. Aertryke,* puii proveniţi din femelele hrănite cu regimul Mc. Collum manifestă în mod constant o rezistenţă mai mare decât cei hrăniţi cu primul regim. Cercetări ulterioare au arătat că grăsimea din unt care intră în compoziţia celui de al doilea regim era factorul căruia i se datora această rezistenţă. Trebue relevat că şi de astădată cele două regimuri erau de altfel perfect echilibrate asigurând nu numai întreţinerea dar şi desvoltarea şi reproducerea în condiţii normale.

In ceeace priveşte rolul sărurilor minerale şi a calciului *Church* a studiat pe 2000 de şoareci rezistenţa la infecţia cu *Salmonella enteritidis* şi a constatat că animalele hrănite cu dieta standard dădeau o medie de supravieţuire de 91%; când conţinutul în săruri minerale era redus la un sfert, lăsând toţi ceilalţi factori neschimbaţi, media de supravieţuire scădea la 67,5%, iar când reducerea privea numai calciul, şi anume dela 149 mgrme pentru 100 calorii, la 28 mgrme, supravieţuirea scădea chiar la 64%. Aceste regimuri cu conţinut mineral şi în calciu, reduse, erau totuşi compatibile cu menţinerea în bună sănătate a animalelor pe o durată de mai multe luni.

In fine nu sunt lipsite de importanţă deşi făcute pe o scară mai redusă, observaţiile lui Orr şi Gilks (1931) asupra stării sanitare a două triburi africane *Masai* şi *Kikuy.* Pe când primii se hrănesc cu lapte, carne şi sânge crud, deci cu un regim bogat în proteine de cea mai bună calitate, cei din al doilea trib se hrănesc numai cu cereale, rădăcini şi fructe. *Masai* sunt mai înalţi, mai grei şi cu 50% mai puternici ca *Kikuyn;* bronşita, pneumonia, tuberculoza şi ulcerul tropical sunt mult mai frecvente la aceştia din urmă, constatându-se totdeodată la ei şi un conţinut mai redus de calciu în sânge.

* * *

In lumina acestor fapte credem că nu mai încape îndoială că în bună parte marea mortalitate care grevează populaţia ţărei noastre este în funcţiune de deficienţa calitativă a alimentaţiei şi deficienţa care piveşte tocmai alimentele protectoare vitamine şi proteine animale, a căror importanţă în apărarea organismului faţă de infecţii reiese din cele expuse mai sus. Aceasta este mai cu deosebire adevărat pentru mortalitatea infantilă datorită în primul rând turburărilor digestive, infecţiilor gastrointestinale şi maladiilor respiratorii şi infecţioase acute, fără a mai vorbi bine înţeles de debilitatea congenitală care depăşeşte cu mult toate celelalte cauze de mortalitate şi care nu poate fi atribuită decât deficienţei calitative a alimentaţiei materne în timpul graviditătii. Dar nu mai încape îndoială că şi pentru vârsta adultă, marea mortalitate tuberculoasă faţă de care factorul teren joacă un rol atât de important, se explică nu numai prin frecvenţa infecţiei dar şi prin lipsa de rezistenţă a unor organisme deficitar alimentate.

In fine malaria, plagă încă atât de rezistentă la toate eforturile noastre de a o combate, nu ar lua o înfăţişare atât de gravă şi ameninţătoare, dacă infecţia nu ar întâlni, — fapt asupra căruia a insistat şi Profesorul *M. Ciucă* în expunerea făcută la Academia Română, şi apărută în această revistă, — lipsa de rezistenţă a organismului, datorită în primul rând defectuoasei calităţi a alimentaţiei.

* * *

Asupra acestei probleme au apărut în ultimul timp trei lucrări pe cari le considerăm de prea mare importanţă pentru a nu le rezuma pe scurt aci, considerând că nu se poate da o suficient de largă publicitate tuturor documentelor, mai ales de o atât de incontestabilă valoare, care vin să confirme locul de fundamentală problemă a sănătăţei publice pe care-l reprezintă alimentaţia poporului nostru.

Doctorul *D. C. Georgescu* în lucrarea *«L'alimentation de la population rurale en Roumanie» (editura Institutului central de statistică. 1940,* prezintă materialul cel mai bogat recoltat până acum în acest domeniu, înfăţişând anchete făcute în 59 de sate, din diferite regiuni ale ţării, pe un număr de 265 de familii. Din acestea au fost reţinute 263 de familii, reprezintând 1440 de persoane sau transformate în unităţi de consumaţie, 1283 de unităţi, iar pe tot anul 1938 un total de 462.249 zile-unităţi de consumaţie. Din această bogată documentaţie reiese că principala caracteristică şi în acelaş timp inconvenientul major al alimentaţiei poporului român este proporţia extrem de redusă a proteinelor de origină animală care intră în compoziţia ei. Numai 29.2% din totalul proteinelor con-

OCTINUM

KNOLL

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

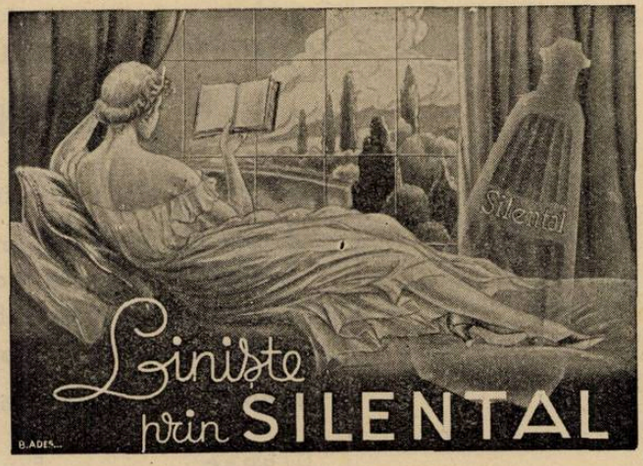
Dragee Fiole Lichid Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Tonic Elixir

Gust agreabil



Neurosedativ

Acțiune constantă

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

sumate provin din regnul animal, proporție mult prea slabă pentru un regim alimentar rațional. Coeficientul de utilizare al proteinelor de origine vegetală fiind destul de redus, înseamnă că chiar rația globală de 127.6 gr. de proteine pe unitate de consumație, care a fost calculată pentru populația noastră nu este în realitate rația efectiv utilizată astfel că chiar cantitatea globală de proteine reiese ca insuficientă. Ceeace este mai grav este că chiar dintre proteinele de origină vegetală 59.4% provin din cereale, porumbul singur reprezentând 33.2% ca isvor de proteine, de o calitate inferioară, deoarece zeina care constitue 60% din proteinele porumbului, e caracterizată prin lipsa totală a unora dintre acizii aminați esențiali unei bune nutriții, ca tryptofanul și lysna, și aproape totală a cystinei care există numai în proporție de 1,0%.

Alimentele protectoare, care ar trebui asociate regimului pentru a corecta insuficiența biologică a proteinelor porumbului, carnea și laptele, nu reprezintă decât o minimă parte din proteinele consumate; carnea 13.9%, laptele 9.8%, derivatele acestuia 3,6%. In consecință se poate admite că există o carență calitativă, dar chiar poate și cantitativă, în proteine, a regimului alimentar rural.

In importanta lucrare a Profesorului *Gr. Benelato* dela Facultatea de Medicină din Cluj: «*Problema alimentației pentru individ și colectivitate*» *(Cluj 1939)* în afară de o complectă expunere a problemei alimentare, se găsesc datele privitoare la trei anchete întreprinse de d-sa și colaboratorii d-sale, la muncitorii industriali (fabrica Dermata, Cluj) și la populația rurală din *Ineu* și *Măguri*. La muncitorii industriali regimul alimentar este aproape satisfăcător pentru bărbați, deficient însă din toate punctele de vedere (proteine, vitamine, în special C și D și Calciu) pentru femei și mai mult încă pentru copii. Starea de nutriție este sub nivelul normal, gradul de subnutriție fiind mai pronunțat la femei și mai ales la copii.

In mediul rural situația este mai gravă, căci atât la *Ineu* cât și la *Măguri* se constată o deficiență accentuată care interesează atât valoarea energetică cât și calitatea regimului, la Ineu 50% din locuitori au un regim insuficient cantitativ și calitativ iar restul un regim sărac în principii nutritivi plastici și esențiali (proteine, minerale, vitamine) deficit care se resimte mai ales la femei și copii în vârsta preșcolară. La Măguri starea de nutriție a țăranului este îngrijorătoare, starea de subnutriție interesează toate vârstele și se ridică până la 40%. Deficitul în proteine al rației copiilor, în deosebi a celor mici (2 — 7 ani) este mai pronunțat ca la adulți, fiind cu atât mai grav cu cât proteinele consumate sunt în cea mai mare parte puțin valoroase (vegetale).

O contribuție de o importanță care iese cu totul din comun, fiindcă deschide asupra laturei economice a problemei perspective, am putea spune senzaționale, o reprezintă lucrarea d-rului *P. Râmneanțu: «Producția agricolă, consumația și necesitățile alimentare naționale»*, publicată în *Buletinul Eugenic și Biopolitic (vol. X, N. 10 — 11 — 12. 1939, p. 257)*. După ce arată că toate anchetele făcute în această direcție au stabilit că în România, starea de subnutriție apreciată după ritmul de creștere a copiilor și starea fizică a adulților — primară adică nu secundară vreunei boli, — are o frecvență extrem de mare, consideră că această stare de subnutriție, cu atâtea consecințe nocive asupra sănătății populației trebue în primul rând atribuită alimentației. In consecință autorul își propune a explica faptul, în aparență paradoxal că România care are o frecvență atât de mare de subnutriți să fie totuși o țară exportatoare de relativ multe cereale și animale. In acest scop, după ce face o analiză a diferiților factori economici și sociali care influențează și caracterizează producția agricolă a României și asupra cărora nu putem insista aci, ajunge la stabilirea, mai întâi a necesităților calorice ale populației din România într'un an, pentru ca pe baza acestor valori să alcătuiască *«bilanțul alimentar al României»*.

Socotind foarte larg nevoile în calorii ale adultului, (4388, adică rația bărbatului îndeplinind o muncă grea) și făcând bine înțeles toate ajustările în raport cu diferitele vârste, cu sexul și cu repartiția lor în compoziția populației, D-sa stabilește un total de calorii necesare pe un an întreg de 20.455.145.158.160. Această valoare scăzută din totalul alimentelor rămase disponibile pentru consumatie, după ce din producția totală s'a dedus ceea ce a fost exportat, ar trebui să ne dea un rezultat egal cu zero, dacă nu s'au făcut depozite și presupunând din partea populației o stare normală de nutriție

In realitate la noi lucrurile se petrec altfel, și nu în sensul în care ne-am aștepta bazându-ne pe marea frecvență a locuitorilor subnutriți, adică în sensul ca disponibilul rămas pentru consumație să fie mai mic decât nevoile populației. Dimpotrivă, anual dispunem pentru consumație de mai multe calorii decât avem nevoie, după cum o arată cifrele:

Producția totală (în milioane calorii)	33.077.477
Surplus de exportat	3.789.785
Rămas pentru consumație	29.287.692
Necesitățile populației	20.455.145

Rămâne deci pentru consumație un surplus de 8.832.547 de milioane calorii peste cele 20.455.145 de calorii care am văzut că după standardul internațional ar trebui să satisfacă larg nevoile consumului intern; *acest surplus reprezintă mai mult ca de două ori valoarea întregului nostru export* Cum spune autorul, căruia de aci îi dăm cuvântul: «Bilanțul acesta pare un «*non sens*, mai ales atunci când consi«derăm că cifrele statistice care ne-au «servit la calcul sunt destul de exacte. «Totuși el ar avea explicații. Una pe «care i-o atribuim este aceea că prin «depozitare, transport și transformare «culinară se pierd din alimente mai «multe procente decât cele scăzute de «noi, după exemplul oferit de *R. Pearl.* «Și alta mai importantă, care constă «în faptul, că *arderile în organism ale «substanțelor ternare sunt incomplete «din cauza insuficienței proteinei în «general și în special a celei animale*».

Relevând faptul că e natural să fie așa, considerând că proteinele de origină vegetală au un coeficient de ultizare foarte redus, autorul în continuare spune: «E clar că organismul u«man adult și mai ales cel în creștere «nu poate utiliza în mod complet pro«teinele ingerate. Principiul fiziologic, «ca hidrații de cărbune și grăsimile se «ard la focul eliberat de proteine și în «special de proteinele animale, e la noi «mai alterat decât la alte popoare. E«chivalența de 4388 de calorii pe care «noi am atribuit-o alimentelor nece«sare, conform standardului interna«țional, unui adult de 20—59 ani, cu «regimul nostru sărac în proteine nu «e suficientă. Obținerea unei stări de «bună nutriție, pe lângă actualul re«gim alimentar nu am atinge-o după «cum reiese din toate datele înșirate «mai sus, nici în cazul când am calcula «pentru un adult 5700 de calorii pe zi, «adică toate alimentele care au rămas «pentru consumația internă».

La lumina acestor fapte reiese că actualul regim agricol al țării noastre cu enorma disproporție între producția de cereale față de cea de animale, nu numai că reprezintă o cauză de denutriție și de favorizare a tuturor cauzelor de morbiditate și mortalitate a populației noastre, dar și din punct de vedere economic reprezintă un regim de risipă, neașteptat și intolerabil de mare, deoarece o cantitate de produse echivalentă cu de două ori tot exportul țării noastre se pierde prin imposibilitatea de a fi utilizată de organism care e obligat să consume un exces de alimente pentru a-și asigura o rație totuși insuficientă. După cum conchide d-rul *Râmneanțu:* «Combaterea «stării de subnutriție este realizabilă «fără o reducere a exportului. Ea va «avea la bază în primul rând crește«rea de mai multe animale, în special «porcine, pe contul cerealelor consu«mate astăzi de populație, dar arse în «mod incomplet și în al doilea rând «prin cultivarea de fânețe chiar în ca-

«drul loturilor mici, a căror produse «vor permite producerea de proteină «animală, prin ţinerea unei vaci cu «lapte la fiecare gospodărie».

Care este contribuţia pe care o poate aduce corpul medical la ameliorarea acestei situaţii care reprezintă o gravă ameninţare a sănătăţei publice şi o anomalie nespus de păgubitoare a economiei naţionale. Aportul acesta deşi limitat, problema fiind în primul rând de natură economică, poate fi totuşi destul de important pentru a nu fi nesocotit şi a reţine atenţia noastră. In primul rând medicul trebue să caute ca în toate situaţiile şi împrejurările unde sfatul şi directivele lui sunt puse la contribuţie să lupte pe toate căile pentru introducerea într'o măsură cât mai largă a laptelui în alimentaţia colectivităţilor, mai ales ale acelora de indivizi tineri, copii şi adolescenţi.

In toate instituţiile în care se distribue o alimentaţie din fonduri publice: internate, cazărmi, căminuri de ucenici, cantine şcolare, cantine muncitoreşti, colonii de vacanţă, preventorii etc. etc laptele trebue să ocupe un loc din ce în ce mai important fie ca supliment al raţiei alimentare actuale, fie substituindu-se unei părţi, cât mai mari, a acestei raţiuni, fiind nu numai forma cea mai valoroasă biologică dar şi economic cea mai avantagioasă pentru a asigura aportul de substanţe protectoare. In afară de aceasta din punct de vedere al economiei naţionale sporirea consumului de lapte ar avea drept consecinţă o încurajare şi sporire a producţiei lui şi indirect o încurajare la înmulţirea capitalului animal al ţărei, pe câtă vreme consumul cărnei, care singură ar putea reprezinta echivalentul biologic al laptelui duce dimpotrivă la diminuarea acestui capital şi aşa atât de redus încât am ajuns să fim nevoiţi a impune restricţiuni în consumul acestui aliment atât de necesar.

Rezolvirea integrală a problemei, stă însă fără îndoială în mâinile acelora care au conducerea destinelor economice şi mai ales ale agriculturei ţărei, căci după expresia lui *Et. Burnet: « la un regim alimentar desechilibrat trebue opusă o agricultură echilibrată»*. Acest echilibru nu se va putea obţine decât atuncia când produsele de origină animală vor ajunge într'o proporţie raţională faţă de cele de origine vegetală, putând să acopere, şi aceasta cum am văzut, fără nici un prejudiciu pentru avuţia naţională, ba chiar dimpotrivă, nevoile alimentare ale populaţiei noastre.

Fie ca acei, care au această misiune să păşească fără şovăire şi cu toată stăruinţa la rezolvarea acestei probleme care este pentru poporul nostru cum, cu atâta tărie şi convingere afirmă profesorul *Iuliu Haţieganu* în prefaţa la cartea Profesorului *Benetato*, o chestiune de *«a fi ori a nu fi»*.

Maladia lui Addison în lumina noilor cercetări

de D-ri D. ZAMFIR, V. CONSTANTINESCU şi M. HABERMAN

Serviciul I medical al Spitalului Militar „Regina Elisabeta" Bucureşti

Maladia Addison e insuficienţa cronică, carenţa în ansamblu a glandei suprarenale în componentele ei: corticala şi medulara.

Nenumărate studii biochimice şi experimentale au permis în ultimul timp strângerea de date precise asupra acestei boli. In articolul de faţă vom nota principalele simptome şi probe de laborator pe baza cărora am pus diagnosticul de maladia Addison în trei cazuri prezentate în Serviciul I Medical al Spitalului Militar Central *R. E.*

Trebue menţionat că cei trei bolnavi, găsindu-se într'nun stadiu avansat al bolii, prezentau foarte multe simptome asemănătoare. In antecedentele lor găsim paludismul şi o afecţiune pulmonară bacilară (pleurezie).

Debutul a fost la toţi insiduos, marcat printr'o astenie marcată în cursul convalescenţii afecţiunii pulmonare.

Notăm la toţi următoarele simptome cardinale:

a) Melanodermia, apărută treptat, întâi pe regiunile descoperite, pe faţă, pe dosul palmelor ea prezintă un aspect cenuşiu-murdar. Regiunile, în mod obişnuit mai pigmentate ca penisul, areolele mamelonare şi scrotul au căpătat o nuanţă închisă uniformă. Aceiaşi nuanţă se observă şi în regiunile expuse frecăturilor. Unul din bolnavi avea o piele de mulatru, la altul pielea triunchiului, pe un fond unit, prezenta puncte, mai mult sau mai puţin, întunecate variind ca mărime între un cap de ac şi un bob de linte formând aspectul granitat. Pentru a evidenţia şi mai mult tendinţa la pigmentarea pielii am utilizat proba vezicatorie a lui Jacquet şi Trémolières, găsind-o pozitivă. La palpare pielea e uscată, pulverulentă, fără elasticitate (piele senilă). Părul, barba şi unghiile au un aspect melanic; dinţii nu s'au înegrit. Mucoasa însă a vălului palatin, gingiile şi părţile interne ale obrazului prezintă pete de culoarea ardesiei (s'ar putea compara cu mucoasele unor câine de rassă).

b) *Myasthenia*, (maître symptôme-ul) totdeauna prezentă în perioada de stare s'a manifestat la cei trei bolnavi sub forma unei astenii musculare progresive. Bolnavii nu puteau face, nesusţinuţi, nici o deplasare. La unul din ei chiar masticaţia constituia un efort obositor. Studiind astenia lor ne-am format convingerea că această stare era rezultatul unei fatigabilităţi musculare. Probele ergografice ne-au confirmat că nu e o scădere a forţei musculare, ci o epuisare anormal de rapid a acestuia la un efort susţinut.

c) *Turburări cardio-vasculare.* Tensiunea arterială măsurată de noi cu aparatul Vaquez Laubry ne arată maxima între 8 şi 10 cm. şi minima dela 4½ la 5 cm. Indicele oscilometric e scăzut, ritmul cardiac accelerat şi în genere instabil. Totodată am constatat şi mici turburări funcţionale ca dispnee, ameţeli, tendinţe lipotimice. Linia albă cutanată a lui Sergent a apărut în vreo nouă secunde şi a durat 30 secunde. Ea reprezintă o exagerare a unui fenomen fisiologic descris pe vremuri de Vulpian şi Marey. Notăm în plus cianoza extremităţilor şi o foarte mare sensibilitate la frig.

d) *Turburările digestive* s'au manifestat la început prin anorexie, apoi prin vomismente cu tip de pituită matutinală pentru a deveni în scurt timp şi post-prandială. In genere turburările digestive sunt tenace, rebele la tratament şi sunt însoţite de dureri abdominale vagi. Intr'unul din cazuri bolnavul a intrat în serviciul nostru pentru un sindrom acut abdominal cu dureri, vomismente, sughiţuri, puls slab şi stare generală proastă; pigmentarea însă, hipotensiunea şi probele bio-hormonale ne-au împiedecat de a supune bolnavul în intervenţii chirurgicale deosebit de grave pentru addisonieni. Am mai găsit la palpare puncte dureroase în unghiurile casto-vertebrale, în dreptul plexului solar şi la extremitatea anterioară a coastei XII (Martineau). In general, erorile produse în patologia gastro-intestinală de către manifestările digestive ale maladiei lui Addison sunt nenumărate şi grave. In orice criză gastrică tabetică, în sindroame apendiculare şi peritoniale ar trebui totdeauna să verificăm şi funcţiunile (glandelor) suprarenale pentru a diminua riscurile operatorii.

Bolnavii prezentau o slăbire considerabilă, o adevărată caşecsie, o topire a paniculului subcutan, o piele flască, ridată, masse musculare aproape inexistente şi o temperatură anormal joasă.

Cei trei bolnavi erau melancolici şi prezentau o stare depresivă ce mergea până la confuzie mintală. Funcţiunile lor genitale au fost chiar dela primele simptome, inexistente. O maladie atât de gravă ca boala lui Addison, unde erorile de diagnostic sunt atât de uşor de comis, are nevoe de a fi susţinută în fixarea diagnosticului şi de probe bio-chimice azi destul de precise.

Tratamentul malariei cu

Atebrin

este scurt: 5—7 zile, **simplu:** 3 tablete pe zi, **radical:** efect terapeutic desăvârşit, cu o cotă mică de recidive, **fără pericol:** fără efecte secundare.
Indicat şi în timpul sarcinei.
Se asociază eventual o cură cu preparatul gametocid

PLASMOCHIN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 3-722.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Am găsit urini normale cantitativ, bogate în urobilină şi îndican în urma turburărilor hepato-intestinale. Unul din bolnavi, probabil în fază terminală avea fosfaţii şi clorurii coborâţi în urină şi o acetonemie consecutivă acidosei à jeune.

Din punct de vedere sanguin notăm: diminuarea masivă a hematiilor, leucopenie discretă cu tendinţă la mononucleoză şi toxicitatea serului mărită *(Sergent* şi *Gley).*

Metabolismul bazal a fost de minus 18, minus 20 şi minus 26%.

Metabolismul protidic. Am găsit o creaţinurie scoborâtă, o excreţie a ureei şi acidului uric subnormală, *(Porak* şi *Sicard),* ureea în sânge în vecinătatea lui 0,40 la mie. Azotul proteic nesanguin uşor crescut, mai ales în momentele paroxismelor evolutive ale maladiei. Am căutat să influenţăm hiperazotemia prin reclorurare, dar nu am reuşit. O socotim deci independentă de orice insuficienţă.

Metabolismul glucidelor. Hipoglicemie notabilă e constantă (0,65 la mie) şi în raport cu gradul de intensitate al sindromului adisonian *(Porges* şi *Maranon).* Făcând proba lui *Labe* (hiperglicemia provocată) am găsit o curbă anormal joasă cu o revenire rapidă la cifra iniţială (înainte de probă 0,70‰, după proba întâiu 1,30 la mie, apoi 1,20, 0,90, 0,78, 0,66 la mie).

Metabolismul lipidelor. Am găsit o hipocolesterolemie în toate trei cazuri *(Guy Laroche).*

Metabolismul mineral e acela în domeniul căruia găsim probele cele mai importante şi absolut necesare determinării turburărilor insuficienţii suprarenale. In toate trei cazuri am găsit cifra potasiului în sânge mult crescută: între 30 şi 40 mmg. ‰ (normal 16—18% mmg.) şi cifra sodiului sub 230—250 mmg. ‰ (normal 340%—380%).

Câtul potasico-sodic $\left(\frac{K\ 10}{Na} = 1{,}7\right)$ *(Annes Dias)* e cu atât mai coborât cu cât boala e într'un stadiu mai avansat. Am verificat clinicește datele de mai sus prin proba lui Harrop: timp de trei zile am administrat celor trei bolnavi un regim complet de clorurat şi am observat imediat o accentuare a tuturor simptomelor . Am confirmat şi noi cercetările lui *Loeper,* găsind o mărire a sulfului total al serului, o coborâre manifestă a valorii oxidante a sulfului; gluthationul e scăzut.

Din punct de vedere radiologic am găsit în toate trei cazuri urmele diverselor leziuni pulmonaree. Suprarenalele densificate, fără a fi calcificate le-am găsit într'un singur caz vizibile la razele X.

Electrocardeogramele făcute ne-au permis să constatăm o prăbuşire a undelor electrice cu dispariţia frecventă a undei P şi cu turtirea undei T *(Zondek* şi *Coelho).*

Să căutăm pe scurt să trecem în revistă diagnosticul diferenţial al maladiei lui *Addison.* Când e vorba de semne izolate să nu uităm că astenia addisoniană se caracterizează prin fatigibilitate extremă pusă în evidenţă prin dinamometru şi că astenie fără fatigabilitate nu e de origină suprarenală. Singura myastenia lui *Erb. Goldflam* se însoţeşte de fatigabilitate, dar în această afecţiune simptomele predomină în domeniul nervilor bulbari. Pigmentaţia e nulă sau mai puţin pronunţată şi la examenul electric muşchii au o reacţiune myasthenică.

Melanomermia izolată o constatăm în mod obişnuit în maladia bronzată, unde nu găsim myasthenie (la autopsie capsulele suprarenale intacte ne dovedesc că e vorba de o insuficienţă ehpatică). Melanodermia poate fi consecutivă şi unei intoxicaţiuni sau eritrodermii (intoxicaţiuni arsenicale sau aurice); alteori e datorită tatuajului gris albăstrui prin săruri de argint; rareori melanodermia generalizată apare în cursul unor sindrome endocriniene al căror prototip e diabetul bronzat. Aci găsim un aspect de ardezie cu reflexe plumburii. Turburările metabolismului glucozei se fac însă în sensul unei hiperglicemii cu glicozurie. Diagnosticul diferenţial e mai dificil între melanodermia addisoniană şi melanodermia ce apare uneori în cursul maladiei lui *Bassedov* (Möbius, Sainvon), în cursul tumorilor hipofisare *(Cushing, Blaer, Bell).*

In maladie vagabonzilor pigmentaţia depăşeşte larg lesiunile de grataj. Când mizeria complică tabloul prin hipotensiune, caşexii, şi prin invadarea cu pigment a mucoaselor, singură realimentarea influenţează rapid şi sigur evoluţia bolii.

Inainte de a descrie tratamentul socotim necesar să trecem în revistă patogenia maladiei lui *Addison* a cărei simptome se pretează uşor la confuzii mai ales în timpul evoluţiei. Experimental, maladia lui *Addison* n'a putut fi încă realizată; s'au formulat însă două teorii mai importante pentru explicarea ei.

1. Teoria glandulară a lui *Addison,* după care maladia s'ar datora unei insuficienţe lente a suprarenalelor. I se obiectează însă imposibilitatea realizării experimentale, oricare ar fi gradul de distrucţie lentă experimentală a capsulelor suprarenale.

2. Teoria eclectică suprareno simpatică a lui Chauffad şi Sergent atribue insuficienţei suprarenale propriu zise hipotensiunea arterială, iar myasthenia unei turburări simpatice. In general în stadiul actual al cunoştinţelor noastre trei sunt noţiunile demne de reţinut:

a) Suprarenalele sunt indispensabile existenţii; cortico-suprarenale are o importanţă vitală, iar medulosuprarenala, una accesorie. Totuşi trebue o distrucţie totală a glandei pentru realizarea unor turburări grave.

b) Toţi autorii pun pe socoteala insuficienţii suprarenale două simptome fundamentale ale maladiei lui *Addison:* hipotensiunea arterială şi myasthenia ambele realizate prin capsulectomie.

Hipotensiunea arterială este reflexul unui desechilibru al mecanismului regulator al presiunei arteriale. *Oliver* şi *Schaeffer* au descoperit în 1804 acţiunea angiotonică hipertensivă a secreţiunei medulosuprarenalei şi Takamine socoteşte adrenalina ca o substanţă bine definită. *Gley* contestă realitatea adrenalinei în care nu vede decât o substanţă excrementială.

Chabrol şi *Tournade* au stablilit şi au confirmat concepţia acelora cari vedeau în hipotensiunea arterială o consecinţă a medulo suprarenalei. Cercetările actuale însă tind să stabilească că porţiunea corticală a glandei joacă un rol de seamă în patogenia maladiei lui *Addison* prin substanţele adrenalinogene pe care le conţine.

Myasthenia pare să rezulte din turburarea funcţiunei miotonice sau myasthenice a corticosuprarenalei. Funcţia myotonică e una din modalităţile unei funcţiuni mai generale antitoxice. In maladia lui *Addison* s'a observat că nu mai găsesc lipoizi în corticala care conţine în mod normal 82 la mie; sinteza gluthationului e împiedicată, conţinutul sângelui şi al musculaturei în această substanţă fiind foarte scăzut. In fine e şi o carenţă adrenalinică. In nutriţia muşchilor lipoizii suprarenali, gluthationul şi adrenalina joacă un rol considerabil şi anume: adrenalina neutralizează substanţele toxice produse de activitatea musculară şi gluthationul e catalizator indispensabil pentru desintegrarea ultimă a glucidelor de către celulele musculare. Turburările în metabolismul acestor substanţe produc grave desordini în nutriţia muşchiului şi, în plus, o intoxicaţie prin produse insuficient oxidate sau reduse. In consecinţă sensibilitatea addisonienilor la intoxicaţii sau infecţiuni e în raport cu funcţia antitorică.

c) In privinţa melanodemiei teoriile a bundă. Reţinem teoria lui *Sézary* şi *Lénèdre* cari cred că melanodermia depinde de turburări glandulare şi nu de leziuni simpatice. După aceşti autori turburările metabolismelor determinate de insuficienţă suprarenală sunt cauzele producţiei hiperpigmentaţiei cutante. Vin în sprijinul ipotezei următoarele constatări importante:

a) Experienţa lui *Meirowscky* care, punând la etuvă la 36 grade un fragment de piele umană a observat peste două trei zile o melanogeneză spontană în vitro accentuată prin contactul cu adrenalina;

b) Lucrările lui *Bruno Bloch* care, cufundând o secţiune de piele într'o soluţie de dedopa la 1 sau 2 la 1000 timp de 24 ore la 35 grade a observat o pigmentare localizată la celulele stratului bazal, fapte care demonstrează că aceste celule sunt apte să producă pigment prin oxidaţia unui chromogen incolor. Dopa (dioxyphenilalanina) lui *Bruno Bloch* este un acid aminat phenolie foarte vecin cu tyrozina, adrenalină şi melania. S'ar putea deci presupune că în maladia lui *Addison* substanţe normal fixate de suprarenale pentru a elobora adrenalina, rămân libere în sânge şi excesul acestor substanţe în organism ar condiţiona un aport mărit de chromogen la piele. Nu trebue trecută cu vederea nici turburarea metabolismului sulfurat, în privinţa căruia *Loeper* şi elevii săi au susţinut teoria prin care melanina conţine o moleculă sulfurată (pigment amino-sulfurat); în maladia lui *Addison* găsim şi o hipertiemie, prin deficitul funcţiunilor thiopexice şi thio-oxidante a glandelor suprarenale. *Loeper* însă susţine că suprarenalele nu sunt singurele glande a căror deficienţă a funcţiunilor htiopexice şi thiooxidaente ar realiza melanodermia, ci şi ficatul ar avea o funcţiune identică. In concluzie, actualmente se tinde la unificarea patogeniei maladiei lui *Addison* şi la explicarea complexului de turburări metabolice pe care le condiţionează, fie direct. In special, aportul crescut la piele a unui chromogen incolor pare un fapt demonstrat la addisonieni.

Tratament. — In câteva rânduri socotim necesar să arătăm evoluţia cercetărilor asupra tratamentului acestei grave maladii. In 1929 *Hartmann* a obţinut bune rezultate cu extracte cortico-suprarenale. Mai târziu în 1931, *Achard* şi *Rivoire*, apoi *Loeb* au descoperit acţiunea favorabilă a clorurului de sodiu la addisonieni prin ingesti şi prin injecţii intravenoase. *Loeb* şi *Harrop* au demonstrat că la addisonieni şi la animalele decapsulate se constată o scădere a conţinutului plasmei în cloruri de sodiu, legată de o eliminare excesivă a acestuia în urină. *Kendall* a arătat că această modificare a metabolismului clorurilor e în realitate secundară unei retenţii de potasiu şi că hormonul cortico-suprarenal ar avea ca rol primordial favorizarea eliminării potasiului urinar. Deci rezultă în practică adoptarea regimului sărac în potasiu. In 1931, *Rivoire* remarca rolul important în terapeutică a injecţiilor cu cysteină. Hormonul cortico-suprareal, având un preţ prohibitiv, n'a putut fi întrebuinţat decât ocazional în fazele acute ale insuficienţei suprarenale datorită, la addisonieni, în urma unei intervenţii chirurgicale, a ununi efort, intoxicaţiuni sau infecţiuni.

Reinstein a reuşit să determine pe cel mai important din corpii hormonali numit de el cortico-steronul. Apoi prin sinteză a preparat dexycorticosternul. Administrare zilnică, după confirmările lui *Rivoire*, ar constitui un remediu de seamă al maladiei lui Addison.

Tratamentul zilnic însă e foarte costisitor. Il vom utiliza însă pentru a readuce un bolnav din comă. In comă acţiunea hormonului cortical e excelentă. Bolnavul reînvie şi toate simptomele dramatice dispar. Singurul obstacol însă, e format de epuisarea progresivă a acţiunii favorabile a extractului (cortico-rezistenţa) care apare în administrarea continuă. Cu preparatele moderne însă acest inconvenient tinde să diminue.

Kendall a arătat că tuburările în metabolismul sodiului sunt secundare unei alteraţiuni în metabolismul potasiului, care se manifestă printr'o retenţie accentuată a potasiului plasmatic ce prezintă un bilanţ urinar pozitiv, adică o eliminare urinară inferioară ngestiei. In consecinţă, potasiul intracelular e mărit *(Sullivan)*. Această retenţie duce la exagerarea excreţiei sodiului, la diminuarea sodiului tisular. Această perturbaţie produce o diminuare considerabilă a massei sangine (peste 50%) şi o mărire a lichidelor intracelulare.

In cele trei cazuri am căutat şi noi să restabilim echilibrul prin reducţia potasiului alimentar şi prin rezorbţia mărită de sodiu, realizând-o printr'un regim hipersărat. Am administrat per os un amestec de clorur de sodiu 50% bicarbonat de sodiu 25% şi citrat de sodiu 25%. Doza zilnică a fost de zece grame din acest amestec. La unul din bolnavi, unde administrarea per os mi s'a părut insuficientă, am administrat intravenos din două în două zile, 20 cc. dintr'o soluţie de ser sărat hipertonic 10%. In felul acesta am mărit rapid tensiunea osmotică a plasmei şi massa sanguină.

Amelorarea a fost remarcabilă. Tramentul odată început trebue continuat permanent, suprimarea lui agravând crizele.

Tot pentru restabilirea echilibrului sodiu-potasiu am utilizat regimul fără potasiu, destul de greu de aplicat. Mai toate alimentele conţinând potasiu am căutat să evităm pe cele mai bogate în acest conţinut: carnea, peştele, cartofii, mazărea, spanacul, fructele uscate, leguma şi pâinea. Am debarasat legumele de potasiu, punându-le la fiert de trei ori în ape diferite. La addisonieni există o turburare a echilibrului glutationemic; *Binet* şi *Rivoire* au arătat că proporţia de glutation oxidat este mai mare ca în mod normal, pe când glutahtionul redus este micşorat. Marea importanţă a gluthationului redus este micşorat. Marea importanţă a gluthationului în procesele de oxidaţie intramusculară dovedeşte rolul acestei substanţe în astenia addisonienilor. Hiperthiemia (mărirea sulfului total) e însoţită şi de o dominare a compuşilor sulfihydrataţi a gluthtionului.

Pe baza acestor date teoretice *Rivière* a preconizat în 1921 cysteina ca tratament. In unele cazuri acest autor a dat statistici încurajatoare. Am observat şi noi bune rezultate. E un tratament simplu uşor dee aplicat pe cale intravenoasă. Am adăogat o fiolă de cystenină în serul sărat hipertonic şi le-am injectat simultan. Doza e de 0,20 ct. cysteină zilnic timp de câteva săptămâni.

Să nu uităm că trebue să utilizăm pe o scară cât mai întinsă vitamina C (acidul ascorbic) catalizator de oxydoreducţie ca şi cysteina şi gluthationul. In urma tratamentelor de mai sus starea a doi dintre bolnavii noştri s'a ameliorat simţitor şi putem afirma că această ameliorare se datoreşte cysteinei, serului hipersărat şi vitaminei C. E drept că tratamentul e patogenic substitutiv şi nu etiologic, dar cercetările serioase cari se fac în mai multe ţări ne promit un rezultat hotărâtor apropiat. Trebue să recunoaştem că insuficienţa supra-renală alcătueşte un important capitol al phyziopatologiei. Bolnavi gravi îşi pot ameliora suferinţele prin restabilirea echilibrului electrolitic compromis prin leziunile capsulelor suprarenale şi terapeutica hormosalină constitue un succes ale acestor frumoase cercetări fisiologice.

BIBLIOGRAFII

L'annee medicale pratique XIX année édition 1940, publiée sous la direction de C. Lian, Médecin-Commandant, Professeur agrégé, médecin de l'Hopital Tenon, préface du Professeur E. Sergent. Un volum n 16 pagini, Editura Lepine, Preţul. 36 franci.

In ciuda furtunei, *l'Anée Médicale Pratique* a reuşit să realizeze programul anual pe care şi l'a impus dela fundarea sa, acum 19 ani.

Să ajute pe medici în rolul lor atât de dificil punându-i în curent cu datele medicale noi şi practice şi să favorizeze difuzarea lucrărilor Şcoalei Medicale franceze, în străinătate.

Această dublă sarcină, războiul a făcut-o şi mai imperioasă. Intr'adevăr, a triumfa asupra maladiei este şi mai necesar ca niciodată,, atât pentru Serviciul Sanitar Militar cât şi pentru Medicina civilă.

A expune lucrările Medicinei franceze este unul dintre bunele mijloace de a face să pătrundă şi să fie bine apreciată gândirea franceză în străinătate.

Un mare succes, bine meritat, va răsplăti fericita continuitate de acţiune a publicaţiunei de faţă.

DESITIN

PUDRA

Ol. Jec. Asell. Talc. Terr. Silic.

*

Pudră grasă neiritantă. Foarte adesivă. Calmează usturimile și mâncărimile. Absoarbe secreţiunile.

*

Sicativ al plăgilor superficiale. Roşeaţa pielei. Transpiraţie Arsuri. Răni. Toaleta sugarilor

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

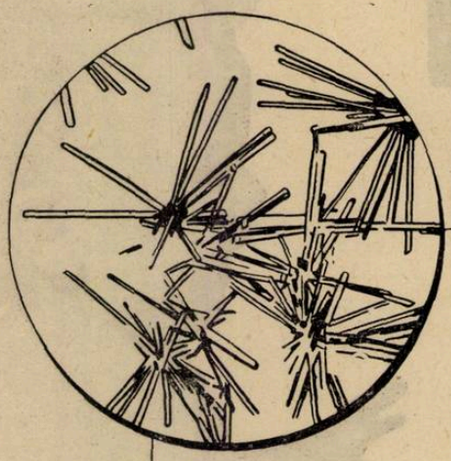
Intestinol

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Carbo. anim.

Turburări digestive. Balonare
Flatulenţă. Dispepsie intestinală.
Umflarea diafragmei (Roemheld)
Catar putrid.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor,

Codex S. A. R. Calea Şerban Vodă 41. Bucureşti.



BETABION Merck

= Vitamină B_1 pură, cristalizată (Aneurin)

In nevralgii (sciatică etc.) herpes zoster, polinevrite, myeloză funiculară, diabet.

Tablete de 0,001 gr. fiole de 0,002 gr.
„forte" — fiole de 0,01 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanţa generală: «CHIMIROMAN» Farmacist Liviu Bancu
Bucureşti I, Str. T. G. Masaryk 32

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23
Domnii Medici găsesc la dispoziţia D-lor, mostre gratuite la cerere.

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46.

Problema recuperării bolnavilor cu maladii interne în timp de război

de Dr. I. PAVEL și Dr. R. RÂMNICEANU

In limbajul curent când se vorbeşte de recuperarea materialului uman în răsboi, se înţelege mai ales recuperarea răniţilor. Această interpretare e datorită fără îndoială naturei vechilor răsboae în cari mijloacele de luptă erau aproape exclusiv de ordin mecanic şi când nu luau parte la luptă decât soldaţii. Treptat aceste condiţii s'au schimbat. In răsboiul trecut atât retragerea sau evacuarea masivă a populaţiei, mizeria, bolile infecto-contagioase sau cele prin denutriţie şi carenţă, cât şi introducerea gazelor de luptă, au început să schimbe caracterul medicinei de răsboi. Partea medicală a ajuns şi, în unele împrejurări, a depăşit în importanţă pe cea chirurgicală.

Astăzi condiţiile s'au schimbat încă şi mai mult; răsboiul total care pentru a-şi acoperi nevoile aproape nelimitate de braţe, mobilizează tot ce e valid, bărbaţi, femei, adolescenţi şi chiar copii, ne indică nevoia imperioasă de a recupera dintre bolnavi, maximum în minimum de timp. Situaţia pe front s'ar resimţi foarte mult de o scoatere masivă din arenă, fie că aceasta s'ar petrece în zona operaţiunilor, sau în zona internă. Se pune deci cu o mare acuitate problema recuperării cât mai promptă a braţelor sau energiilor, care au fost, la un moment dat total sau parţial, anihilate de răsboi.

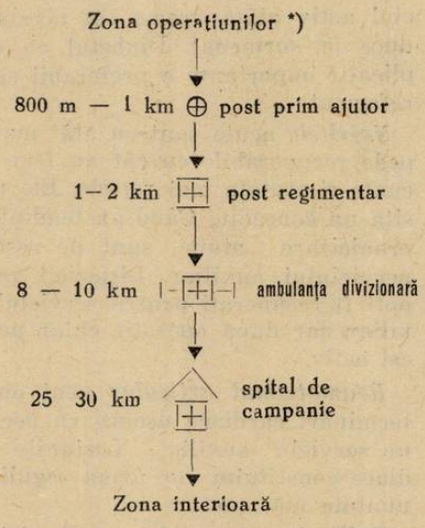
Medicul rezervist nu este familiarizat, din cauza chiar a felului de a practica medicina în timp de pace, cu necesitatea imperioasă a acestei probleme. Evident medicina cu mijloacele sale de diagnostic şi tratament este una şi pentru pace şi pentru răsboi. Mijloacele medicale sunt însă handicapate de polimorfismul răsboiului şi de numărul mare de bolnavi. Din acest punct de vedere s'ar putea spune că pentru a asigura o recuperare promptă nu putem spera într'o ameliorare decât printr'o accelerare a punerei diagnosticului şi instituirei tratamentului. Aceasta variază în funcţie de felul războiului, de evacuare şi de organizarea centrului spitalicesc.

Aşa de exemplu un malaric diagnosticat în prima sau a doua zi este recuperat în a treia sau a patra zi. Dacă însă pentru motive variate diagnosticul întârzie recuperarea nu se va mai putea face în două zile ci numai mai târziu, necesitând şi o perioadă de convalescenţă mai mult sau mai puţin îndelungată.

Medicul de rezervă este tentat a judeca timpul de spitalizare şi mai ales de convalescenţă în mod foarte generos. In răsboiul modern aceasta poate fi considerată ca o eroare şi o pagubă pentru ţară. Fără îndoială convalescenţa nu poate fi discutată însă prin faptul însăşi că e o trecere către normal ea poate fi utilizată.

O convalescenţă «utilizată» poate constitui o recuperare parţială. In războiul naţiunei total mobilizată, convalescenţa trebue deci utilizată. Unui convalescent în concediu trebue să i se determine numărul orelor de activitate pentru interesul public şi genul ei: burou, studii sau aer liber. Pentru aceasta va trebui însă ca din timp de pace medicul rezervist să fie prevenit cu problemele puse de răsboiul modern, şi să-i fie indicate câteva principii directoare.

Succesul tratamentului, şi deci al recuperării depinde în cea mai mare măsură de rapiditatea evacuării, bun înţeles pentru bolile la care evacuarea se impune. Pentru a înţelege mecanismul acesteia este necesară o scurtă privire asupra modului de funcţionare a S. S. în timp de războiu (vezi schema).



In general până la formaţiunile pur spitaliceşti problema tratării bolnavilor emdicali nu se pune, deoarece eşeloanele care precedă au mai mult rol evacuator. Excepţional, la postul de ambulanţă divizionară pot fi reţinuţi bolnavii repede recuperabili (câteva zile); cei care necesită un tratament mai lung (10—15 zile) sunt trimişi la formaţiunea sanitară a corpului de armată, iar restul, adică cei al căror tratament cere un timp îndelungat şi convalescenţii medicali, sunt destinaţi zonei interioare.

*) Cifrele din această schemă au o valoare relativă, deoarece distanţarea eşeloanelor va trebui să se adapteze modalităţei operaţiunilor.

Este dela sine înţeles că modalitatea funcţionărei S. S. trebue să fie în concordanţă cu felul războiului: ofensivă, defensivă, război de mişcare ori poziţie. Dacă războiul de poziţie este compatibil cu un grad destul de mare de stabilitate a eşaloanelor sanitare, din contră, războiul de mişcare sau mai bine zis de viteză, pe care concepţia actuală a motorizării l'a pus în evidenţă, cere o mare supleţe în mecanismul de funcţionare al acestor eşeloane (ritmul evacuărei, instalarea formaţiunilor, etc.), modificând radical noţiunile clasice de tactică sanitară

După aceste considerente foarte sumare vom expune mai jos în linii generale atitudinea care credem că trebue să fie adoptată în faţa diverselor categorii de afecţiuni, ţinând prezent în minte necesitatea recuperărei maxime. Este însă bun înţeles că principiile de mai jos nu au nimic absolut în ele şi că aci, ca oriunde în medicină, ele se vor adapta după bolnav.

In ceeace priveşte *afecţiunile cardiace* sau *false cardiace* o mare experienţă a fost câştigată în răsboiul din 1914 — 1919. Suflurile sistolice şi eretismul cardiac (coeur de guerre) au fost cauzele principale de reformă eronată, şi dintre acestea s'au obţinut recuperările complecte sau parţiale cele mai numeroase. Ceeace e interesant e faptul că suflurile funcţionale sau palpitaţiile cu sau fără turburări aritmice pot apărea la consultaţie sau în urma surmenajului fizic emoţiilor şi subalimentărei inerente campaniei. Dacă însă inima nu a suferit în trecut, dacă nu există hipertrofie (ortodiagramă) şi dacă proba efortului (Lian) e bună nu trebue să ezităm a-i considera pe purtătorii acestor sufluri funcţionale ca total recuperabili, adică buni de serviciul activ. In caz de dubiu, vârsta pacientului poate influenţa aprecierea noastră.

In ceeace priveşte *leziunile organice valvulare*, războiul a arătat că pot fi compatibile cu serviciul activ. S'a ajuns chiar la concluzia că e «abuziv a confunda o leziune valvulară cu aptitudinea funcţională». Intre leziunile valvulare stenoza mitrală e cea mai gravă. Insuficienţa aortică şi cea mitrală ar fi la fel de rezistente. O leziune valvulară organică implică rezerve în ceiace priveşte serviciul activ. Cu toate observaţiunile de compatibilitate cu serviciul activ, elocvente dar izolate, din războiul precedent e bine să adoptăm concluzii moderate, dar nu mai puţin utilitare; aşa de exemplu, cei cari au avut experienţa răs-

boiului trecut, au adoptat următoarele criterii în ceace privește clasarea cardiacilor valvulari.

1. Pentru cei care nu au avut și nu au decompensare — serviciul auxiliar.

2. Pentru cei cari au ușoare turburări funcționale — serviciu auxiliar adăogând mențiunea: sarcini ușoare și supraveghere medicală.

3. Pentru cei care au turburări susceptibile de a ceda prin repaos și tratament: scutire temporară, apoi revizuire și clasare definitivă (reformă ori serviciu auxiliar, după caz).

4. Pentru cei care prezintă turburări accentuate, leziuni valvulare multiple: reformă definitivă.

Alături de suflurile anorganice și cardiopatiile valvulare va trebui să considerăm alte câteva categorii de afecțiuni cardiace, cum ar fi de exemplu: tachicardia paroxistică, angina de piept, hipertensiunea moderată cari sunt apte pentru serviciul auxiliar. Eretismul cardiac va preta la discuții: dacă unii pot fi repartizați la serviciul activ, alții, pretuberculoși sau endocrini, trebuesc utilizați la serviciul auxiliar.

Aparatul respirator comportă concluzii variabile după afecțiuni și forme clinice.

Pneumonia poate fi considerată în categoria complet recuperabilă după un concediu pe care îl putem considera utilizabil în sensul vederilor de mai sus.

Pleurezia comportă mai multe categorii:

a) Vindecată cu stare generală bună: bolnavul e recuperabil complect după un concediu utilizat.

b) Vindecată însă cu răsunet ușor asupra stării generale și ușoare fenomene funcționale: serviciul auxiliar.

c) Recidivantă, stare generală rea, fenomene funcționale accentuate (simfiză, dispnee, palpitații): reformă.

d) Pleureziile purulente se pot repartiza după formă și evoluție în categoriile de mai sus fiind apte de concediu utilizat, serviciul auxiliar sau reformă (simfiză, pachipleurită, retracție costală, turburări funcționale, fistulă toracică).

Abcesele pulmonare se pot clasa după aceleaș criterii. Intre afecțiunile cronice: emfizemul, astmul, bronchitele, chiar foarte importante, pot fi un număr de ore limitat.

Intre afecțiunile sângelui anemiile secundare, icterul hemolitic, pot fi repartizate în cadrul auxiliar.

Deasemenea pot fi recuperați pentru acelaș cadru bolnavii cu anemie pernicioasă dacă li se asigură tratamentul specific.

Tubul digestiv și glandele anexe comportă indicații variate. Ulcerul gastric trebue să fie considerat complect recuperabil după trecerea crizei. O atenție specială le-ar fi necesară primăvara și toamna, pentru a evita recidivele, mai ales în momentul epidemiilor gripale. Durata tratamentului chiar în timpul perioadei acute, poate fi «utilizată». Ulcerul operat necesită, cu rare excepții care impun reforma, un serviciu auxiliar.

Pentru ptozicii dureroși: cel mult serviciul auxiliar.

Nevrozele gastro-intestinale sunt compatibile cu serviciul activ.

Icterul poate fi considerat complect recuperabil după un concediu utilizat. Este bun înțeles vorba aci de sindromul clinic desemnat sun numele «catarai» sau «infecțios benign».

Litiazicii biliari pot fi, după stadiul bolii recuperați pentru serviciul activ sau numai auxiliar, până la operație.

Diabetul constitue oarecum un exemplu tip de boală recuperabilă în domeniul medicinei interne. El constitue o infirmitate demnă de reformă dacă nu e supraveghiat. Din contră, afecțiunea e reversibilă cu recăpătarea capacității normale sau quasinormale de lucru dacă e supraveghiat, disciplinat și în cazuri definite, dacă i se acordă insulina, de care are nevoie. Recuperarea fiind deci în funcție de supraveghiere este preferabil în genere să considerăm diabeticii apți de serviciul auxiliar. Diabetul cu toleranță mare poate profita de serviciul activ atâta vreme cât acesta nu duce la surmenaj. Diabetul cu complicații importante e preferabil să fie reformat.

Nefritele acute sunt cu atât mai repede recuperabile cu cât au fost evacuate și tratate mai repede. Ele necesită un concediu. Când au tendința de cronicizare atunci sunt de resortul serviciului auxiliar. Litiazicii renali poti fi recuperați pentru serviciul auxiliar, iar după operație chiar pentru cel activ.

Reumatismul articular acut cu determinări cardiace ușoare va necesita un serviciu auxiliar. Leziunile cardiace constituite vor urma regulile enunțate mai sus.

Bolile infecțioase își au un ciclu de evoluție care greu poate fi influențat. Totuși între acestea gripa și malaria au o importanță mare prin frecvența lor și prin faptul că medicina poate influența o recuperare totală și, mai ales promptă dacă se intervine la timp.

Din cele de mai sus se vede importanța recuperării medicale; ea este în funcție de rapiditatea evacuării și dotarea centrelor spitalicești cu material și personal specializat.

In ceeace privește sugestia concediilor «utilizate» credem că trebue desemnate mai multe categorii. Un concediu utilizat trebue să fie în mod egal profitabil pacientului și națiunii.

Un anemic secundar, un pleuretic poate să-și utilizeze de exemplu un concediu la un post de observație antiaeriană în munte, un reumatic sau un cardiac în observație poate să-și utilizeze concediul într'un birou. O afecțiune renală acută sau subacută ar profita de un concediu utilizat la țară și așa mai departe.

Vor trebui deci prevăzute diferite categorii oarecum standardizate de concedii «utilizate», și un oficiu care să înregistreze numărul de «brațe» utilizabile temporar pentru diferitele ocupații.

Pentru auxiliarii furnizați treptat, de spitalele de campanie sunt necesare școli de reeducare în vederea serviciilor noui, compatibile cu restricțiile medicale și nevoile armatei. Războiul actual demonstrează necesitatea imperioasă a posturilor de observație anti-aeriană și de transmisie, repartizate pe tot teritoriul țărei. Recuperabilii parțiali (auxiliarii și cei în concediu utilizat) pot asigura o parte din aceste servicii, după o pregătire prealabilă.

Tot între recuperabilii medicali pot fi considerați gazații. Experiența medicilor noștri a fost din fericire nulă în războiul precedent. Sechelele gazaților pe cari le-am putut vedea în Occident, în războiul din 1914, nu poate constitui pentru noi o experiență personală. In acest domenii e bine să adoptăm concluziile specialiștilor, sperând că poate această armă va fi evitată, așa cum se pare până în prezent.

BIBLIOGRAFII

Dr. M. Zavergiu-Teodoru: Depistarea tuberculozei.

Autorul a făcut o interesantă lucrare de medicină preventivă, studiind clinic, radiologic și prin intra-dermoreacție cu tuberculină cei 567 elevi ai liceului comercial N. Kretulescu din București.

D-rul M. Zavergiu ajunge la următoarele concluziuni:

«O stare socială mai bună a micului comerciant, funcționar, meseriaș, agricultor, se va răsfrânge în mod favorabil asupra sănătății copiilor lor.

Intra-dermo-reactia cu tuberculină și radioscopii pulmonare (în cazuri de absolută nevoie, radiografii), sunt necesare la toți elevii școalelor românești.

Depistând tuberculoza în școli, facem o operă socială îngrijind sănătatea viitorilor cetățeni ai țării românești».

Asupra pneumotoraxului contro-lateral, cu ocazia întrebuinţării sale eficace într'o hemoptizie gravă*)

de GEORGE DACU şi CONSTANTIN IONESCU
Interni ai Eforiei spitalelor civile

In 1912 *Ascoli* a preconizat crearea unui pneumotorax la plămânul sănătos pentru a influenţa asupra leziunilor din plămânul opus, asupra căruia nu se putea acţiona din cauza simfizei pleurale şi au trebuit să treacă 17 ani pentruca să apară publicate primele rezultate, tot de către *Ascoli*, împreună cu *Lucacer* în 1929.

Lucrările lui *Parodi* vin să lămurească şi să justifice această idee, prin studiul staticei şi dinamicei pulmonare concepute pe baze noui, ştiinţifice.

Fiecare pulmon se prezintă ca un corp elastic în stare de distensie, şi ca orice corp în această stare tinde să revină la poziţia de repaus, *prin detentă*, exercitând asupra pereţilor hemitoracelui cu care este solidar prin vidul pleural, o tracţiune. Această forţă de retracţie este *tensiunea elastică a pulmonului.*

Se credea înainte că pulmonii alcătuiesc două entităţi funcţionale deosebite şi despărţite în interiorul cavităţii toracice, printr'o barieră rigidă: mediastinul.

Noutatea pe care o aduce *Parodi*, este faptul că el nu mai consideră pulmonii ca fiind separaţi prin mediastin, ci din contră socoteşte toracele ca o cavitate unică, iar mediastinul nu constitue o despărţire rigidă, ci una suplă, mobilă, elastică şi solidară cu cei doi pulmoni, deplasându-se cu ei, şi deplasările lui constituind oglinda jocului tensiunilor elastice dintre pulmoni.

Să considerăm acum o deviaţie a unui pulmon. Aceasta va determina o deviaţie a mediastinului cu care este solidar, de partea respectivă, care va aduce după sine o mărire a capacităţii hemitoracelui opus (prin deplasarea de conţinut) şi în mod obligator, o mărire a volumului pulmonului corespunzător (solidar şi acesta cu mediastinul) şi care pulmon se destinde. Deci tensiunea elastică, adică *forţa de retracţie*, a acestui din urmă pulmon, se va mări şi ea pentrucă porneşte dela o distensie mai mare, şi se ştie că forţa de retracţie a unui corp elastic este proporţională cu distensia sa.

Vedem deci că prin intermediul mediastinului, nu numai că pulmonii nu sunt separaţi ci tensiunile lor elastice sunt solidare, orice variaţie a uneia aduce imediat o variaţie compensatoare a celuilalt.

Leziunile tuberculoase determină în general o mărire a tensiunei elastice în care ele sunt situate şi ca probă avem pneumotoraxul electiv. Această mărire a tensiunei elastice se întinde la tot pulmonul şi după cum am văzut înainte şi la cel opus, prin intermediul mediastinului.

Acum după ce am văzut cum trebuie privit blocul pulmono-mediastinal, în interiorul cavităţii toracice unice, adică sub forma unui singur corp elastic în stare de distensie, solidar cu pereţii cavităţii toracice prin vidul pleural şi posedând o tensiune elastică statică în poziţia de expiraţie, trebue să spunem că acest bloc, adică pulmonii, ei venind în contact mai întins cu cavitatea toracică, sufăr în momentul inspiraţiei un traumatism prin mărirea bruscă a distensiei. Acesta este traumatismul inspirator, şi tocmai acest traumatism se caută a fi suprimat sau diminuat într'o leziune tuberculoasă, pentru a-i da posibilitatea de cicatrizare.

Se realizează acest lucru, prin introducerea de aer în cavitatea pleurală (adică, crearea unui pneumotorax) care aduce după sine prin îndepărtarea de pereţii toraci şi slăbirea legăturei cu pereţii, o detentă a pulmonului respectiv şi a celui opus, prin intermediul mediastinului cu care sunt solidari, şi deci o limitare a distensiei şi a traumatismului inspirator. Detenta este mai mare în pulmonul asupra căruia am acţionat prin pneumotorax, din cauza elasticităţii proprii a mediastinului, cu rol de uşor amortizor.

Trecând acum la pneumotorax trebuie să spunem că este de două feluri:

a) pneumotorax hipertensiv
b) pneumotorax hipotensiv

Fiecare din acestea cu partizanii săi. Pneumotoraxul hipertensiv are defecte grave:

1. Comprimă pulmonul.
2. Substitue traumatismul de distensie inspiratorie cu cel de compresiune.
3. Suprimă funcţia pulmonului colabat şi concentrează efortul respirator al pulmonului opus, care suferă o distensie compensatoare.

In schimb pneumotoraxul hipotensiv, respectă funcţiunea parenchimului pulmonar sănătos în pulmonul colabat, şi provoacă tocmai contrariu celui hipertensiv, o detentă în pulmonul opus.

Ajungem acum tocmai la ceiace ne interesează în pneumotoraxul contro-lateral şi tocmai aceasta este o condiţie principală ca să fie util, să fie menţinut în hipotensiune!

Detenta, este condiţia principală a oricărei acţiuni contro-laterale favorabile, fiindcă respectă funcţia respiratoare a pulmonului direct colabat (adică cel sănătos) şi determină o distensie compensatoare contro-laterală (adică tocmai în pulmonul bolnav).

Pneumotoraxul contro-lateral întreţinut în hipotensiune, provoacă detenta pulmonului opus (adică bolnav) şi limitează întinderea sa respiratoare, diminuând traumatismul inspirator adică lucrul pe care voiam să-l obţinem pentru a da posibilitatea de cicatrizare leziunilor tuberculoase.

Vedem deci, că atunci când nu putem acţiona asupra unui pulmon bolnav prin instituirea unui pneumotorax homolateral din cauza simfiziei pleurale, avem totuşi posibilitatea unei terapeutici destul de eficace de cele mai multe ori.

Natural că nu vom exagera, spunând că pneumotoraxul contro-lateral se va aplica ori de câte ori nu vom putea crea un pneumotorax homolateral. Va trebui să ţinem seama ca în orice metodă de tratament, de anumite indicaţii şi contra indicaţii, fără cari nu vom putea obţine nici odată rezultate favorabile.

Indicaţiile clinice ale pn. c. l se pot rezuma în câteva puncte:

1: Leziuni contro-laterale prezentându-se în condiţii favorabile colapsului, prin vârstă, sediu, întindere şi tendinţă retractilă, căci numai leziunile capabile de a se retracta vor fi influenţate de pn. c. l.

2. O diferenţă netă între puterea retractilă a celor doi pulmoni, în favoarea celui asupra căruia se voieşte exercitarea unei acţiuni contro-laterale.

3. Un mediastin suplu, nefixat, capabil de a transmite detenta.

4. Un perete toracic opus, puţin mobil, cu mişcări respiratorii reduse prin simfiză pleurală.

5. Posibilitatea de a avea un pneumotorax util, dacă nu colaps total cel puţin un colaps neretinut de bride transversale.

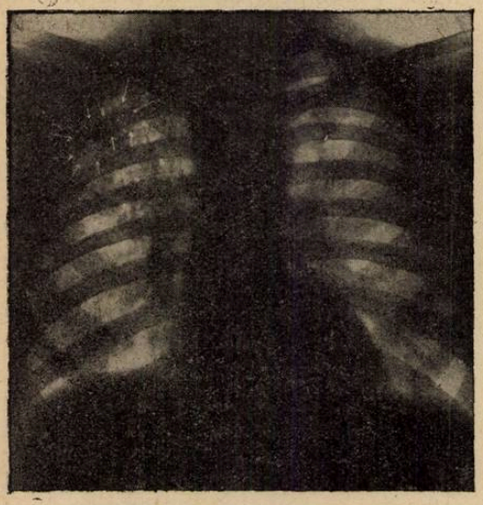
Contra-indicaţiile de asemenea le putem rezuma:

1. Leziuni scleroase vechi, stabilizate şi inerte.
2. Leziuni cu potenţial retractil epuizat.
3. Leziuni prea întinse.
4. Caverne prea mari.
5. Leziuni ale apexului şi ale bazei.
6. O pahipleurită veche şi densă, care imobilizează diafragmul şi peretele costal şi deasemenea şi mediastinul, jenând deci considerabil transmisiunea detentei, dela un pulmon la celălalt.

*) *Lucrare din Sanatoriul Moroeni. Director Dr. C. Bibicescu.*

Ca eventualităţi de întrebuinţare a pn. c. lateral, putem considera:

a) Leziuni bilaterale, având cam aceiaş potenţial evolutiv şi cam aceiaşi întindere.



b) Leziuni bilaterale de importanţă diferită, colapsul pulmonului cel mai atins fiind imposibil, din cauza simfizei pleurale.

c) Leziuni strict homo-laterale, prezentând o pleură simfizată.

d) Ca metodă de substituire, când un pn. homo-lateral se simfizează progresiv, şi spre a evita tracţiunile cari încep să se exercite asupra leziunilor şi de a împiedica o reluare evolutivă.

e) Ca timp preo-operator într'o intervenţie chirurgicală (ex. P. A. E.).

In fine am lăsat la urmă o indicaţie foarte importantă, prin faptul că se pune de cele mai multe ori de urgenţă, viaţa bolnavului fiind în pericol şi prin faptul că rezultatul este rapid şi impresionant. Este vorba de cazul pe care l'am avut noi şi anume, indicaţia pn. c. lateral în hemoptizie.

Intradevăr, întrebuinţarea unei arme atât de simple şi puternice pentru a opri o hemoptizie care ameninţa viaţa bolnavului, şi care nu a putut fi oprită prin nici un alt mijloc terapeutic, ne arată că este de bine să cunoaştem şi să ştim aplica pneumotoraxul contro-lateral atunci când trebuie.

Acţiunea pn. c. lateral asupra hemoptiziei se exercită tot prin detenta pe care o provoacă în pulmonul opus, şi mai ales prin suprimarea traumatismului inspirator, ceeace dă posibilitatea închiderii vaselor cari sângerează şi coagulării sângelui în focarul de hemoptizie.

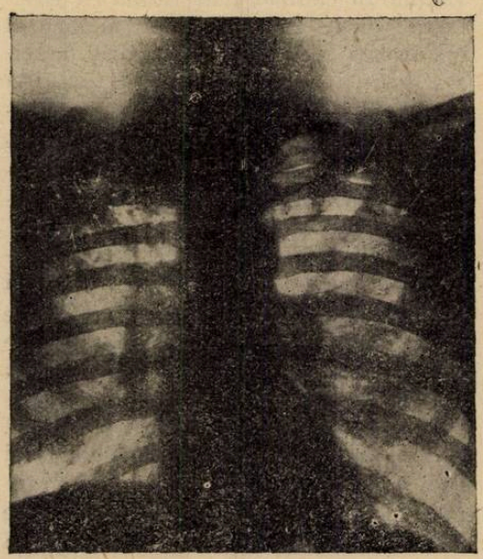
Trebue însă, să îndeplinească condiţiile de utilitate pe care le-am văzut mai înainte, şi mai ales *să fie menţinut în hipotensiune*, lucru extrem de important! Va fi completat prin repaus absolut impus bolnavului, calmarea acceselor eventuale de tuse şi administrarea de coagulante sanguine, cu rol adjuvant şi menţinerea bolnavului la un regim rece câteva zile.

Expunerea cazului clinic.

Pacientul P. F. în vârstă de 42 ani, de profesiune tipograf, se internează în sanatoriu pentru o uşoară stare de slăbiciune, junghiuri în hemitoracele drept, tuse cu puţină expectoraţie.

Debutul bolii a fost în Aprilie 1938, cu hemoptizie însoţită de temperatură 39 de grade şi o stare de rău general. S'a internat într'un sanatoriu unde i s'au făcut câteva tentative de pneumotorax fără rezultat, din cauza simfizei pleurale. Urmează o cură sanatorială, după care se simte uşor ameliorat. Vine în sanatoriul Moroeni la 4 August 1938, cu stare generală mulţumitoare, afebril tuşeşte puţin dimineaţa cu expectoraţie banală. La ex. pulmonar se constată:

Ex. clinic: la percuţie prezintă o uşoară submatitate în 1/3 superioară a hemitoracelui drept, iar la auscultaţie se percepe în timpul tusei raluri



subcrepitante puţin numeroase, supraspinos şi paravertebral drept.

Radiologic: prezintă un infiltrat în 1/3 superioară a câmpului pulmonar drept, cu două mici excavaţii în 8 culcat, sub clavicula dreaptă, şi o îngroşare a pleurei costo-diafragmatice. In câmpul pulmonar stâng, nu se observă nimic anormal (radiografia No. 1).

Analiza sputei: B. K. positiv. Viteza de sedimentare: I h:14. 2 h:31 24 h:93. După o cură de două luni, părăseşte sanatoriul cu stare generală bună, staţionar clinic şi radiologic.

Se reinternează pe ziua de 5 Oct. 1938. După două luni de cură în care timp s'a simţit bine şi a fost afebril, pe ziua de 5 Decembrie are o hemoptizie importantă, de cca. 600 de cc. I se administează calmante pentru tuse şi antihemoptoice.

5 Dec. dimineaţa. O nouă hemoptizie de cca. 300 de cc. Se continuă tratamentul anterior, adăogându-se ergotină şi emetină în injecţii.

După amiază (ora 3) o nouă hemoptizie de 250—300 de cc. Se tentează pneumotorax drept, nereuşindu-se, se introduc cca. 700 de cc. de oxigen subcutanat, în regiunea axilară dreaptă şi 50 cc. de gelatină Merck i. m.

Seara (ora 20). Din nou hemoptizie, cca. 300 cc. injectează 10 Unităţi de Glanduitrin diluat în 10 cc. de ser glucozat hipertonic i. v. Nici un rezultat. Temperatura 38,6 grade, plus 100.

6 Dec. dimineaţa. Din nou hemoptizie, egală cu precedenta. Medicaţia antihemoptoică, nu dă nici un rezultat. Temperatura 38,3 puls 112 pe minut slab bătut. Starea generală gravă.

Ora 12. Se pune indicaţia şi se instituе pneumotorax contro-lateral de urgenţă. Se introduc 400 cc. aer cu presiuni net negative.

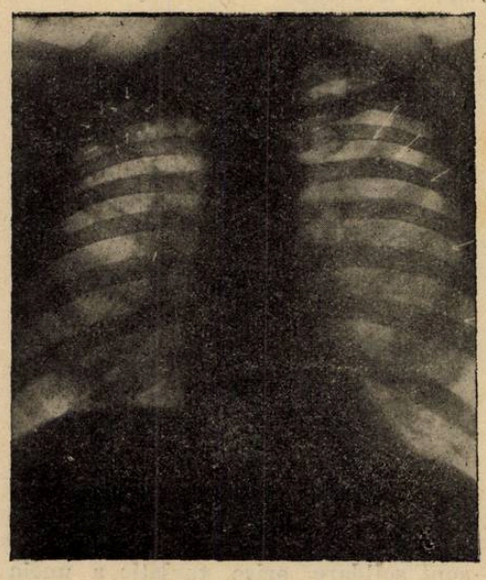
Ora 19. Dela instituirea pn. c, lat. hemoptizia nu s'a mai repetat. Pacientul începe să elimine chiaguri de sânge. Temperatura în uşoară scădere.

7 Dec. Se face o nouă însuflaţie de 350 cc. aer. Temperatura sub 38 de grade, pulsul ameliorat 89 pe minut. Se administrează analeptice cardiace. La examenul radioscopic, se constată pulmonul stâng colabat de două laturi de deget, colaps bun, total, fără aderenţe. In pulmonul stâng o însămânţare post-hemoptoică în 2/3 inferioară a pulmonului (radiografia No. II).

In zilele ce urmează pacientul începe să se remonteze, devine afebril. Se continuă reinsuflaţiile la 5— 6zile.

La un examen nou radioscopic şi radiografic după trei săptămâni, se constată o ştergere pronunţată a infiltratului subclavicular drept, o diminuare a cavităţilor şi o ascensionare uşoară a lor. In pulmonul stâng, o ştergere marcată a infiltratului post-hemoptoic (radiografia Nr. 3).

La examenul clinic, zgomotele supra-



adăogate se percep mult reduse. Nu mai tuşeşte, nu mai expectorează, este afebril. O nouă examinare a vitezei de sedimentare, ne dă cifrele: I. h.:14; 2. h: 20; 24 h. 66.

ENDOCRINOTERAPIE

Oboseală cerebrală, Surmenaj intelectual. Hipotensiune, Deficiență intelectuală infantilă. Astenie nervoasă.

POSOLOGIE: ½—3 dragele zilnic → **Stenopilan** EXTRACT TOTAL DE HIPOFIZĂ DRAGELE

Insuficiență suprarenală cronică. Boala lui Addison. Adinamia infecțiunilor și în convalescență. Vărsături incoercibile.

POSOLOGIE: Injecț. intramusc. la 1—2 zile → **Sinocortem** EXTRACT DE CORTEX SUPRARENAL FIOLE

Antidiuretic în tratamentul substitutiv al diabetului insipid.

POSOLOGIE: De prizat 2—3 ctgr. la 4 ore → **Retrofizin** EXTRACT DE LOB POSTERIOR HIPOFIZAR PULBERE

Hipotiroidie, Obezitate. Insuficiență tiroidiană benignă.. Mixoedem, Edeme, Oligurie.

POSOLOGIE: ½—10 dragele zilnic → **Thyreocrin** EXTRACT TOTAL DE GLANDĂ THYROIDĂ DRAGELE

FARMAOLT S.A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI, 67 — TELEFON 4.98.08

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică, rapidă
Scurtează timpul boalei

Cistite
Pielite
Prostatite

Forme de prezentare:
Tuburi cu 12 dragele
Flacoane cu 25 dragele

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III., Str. G-ral Er. Grigorescu 6

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

32 ani de existenţă
(1907 — 1939)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:
COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:
LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"
Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL
Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU
Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei
VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Inaugurarea Muzeului de Antropologie al Facultăţei de Medicină din Bucureşti

Joi, 20 Iunie, a avut loc la Facultatea de Medicină inaugurarea Muzeului şi Laboratorului de antropologie, în clădirea sa proprie, în prezenţa d-lui consilier regal profesor C. Angelescu, a d-lui ministru M. Cancicov, a d-lui subsecretar de stat P. Topa, a reprezentanţilor Academiei Române (d. profesor Antipa), Ateneului Român (d. profesor Ştefan Ioan), Academia de Medicină d. profesor Angelescu), a Institutului de Ştiinţe (d. profesor C. Kristescu), a Rectorului Universităţii, a Corpului profesoral al Facultăţii de Medicină şi a unui distins public de intelectuali.

Cuvântarea D-lui Decan

După slujba religioasă, d. Prof. dr. D. Mezincescu, decanul Facultăţii de Medicină, a rostit următoarele:

Această simplă şi modestă solemnitate, la care mi-am îngăduit să vă invit, în numele profesorilor Facultăţii de Medicină, are pentru noi un îndoit înţeles. In primul rând ea reprezintă gruparea într'o instituţiune anexă a Facultăţii, a considerabilului material ştiinţific de antropologie strâns în decursul unei vieţi întregi de d. profesor Rainer şi închegarea unui centru de cercetări ştiinţifice în domeniul antropologiei.

Dar, chiar prin acest fapt noi am înţeles să aducem, în acelaş timp un omagiu de gratitudine şi de recunoştinţă muncii de ani de zile aceluia căruia i se încredinţează conducerea acestei instituţiuni.

Pentru omul de ştiinţă şi în special pentru omul de laborator activitatea de Medicină să caute să păstreze posibilităţi de lucru, pe cari nu le poate avea în afara instituţiunilor special utilate.

Pentru aceasta era firesc ca Facultatea de Medicină să caute să păstreze posibilităţile de lucru pentru Profesorul Rainer.

Imi îndeplinesc o plăcută datorie de a mulţumi în primul rând d-lui ministru al Educaţiei Naţionale, de a fi acceptat crearea acestei instituţiuni, sub această formă şi sunt sigur, că prin activitatea ştiinţifică ce d. Prof. Rainer o va desfăşura aici, el va răsplăti din belşug pe toţi acei ce l'au ajutat.

La încheierea carierei sale didactice noi n'am putut oferi d-lui prof. Rainer decât ceeace-i oferim acum: acest modest laborator în care va rămâne, ca întotdeauna, de dimineaţă până seara, muncind la ceeace a fost singura lui pasiune şi rostul lui în lume.

In numele colegilor mei şi al meu, îi dorim din tot sufletul să conducă această instituţiune ani îndelungaţi şi să găsească aici o mulţumire binemeritată pentru ceeace a făcut pentru ştiinţa medicală românească şi pentru Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Cuvântarea D-lui Rector

D. Prof. Dr. C. Stoicescu, Rectorul Universităţei, adresează d-lui Prof. Rainer mulţumirile celor 7 Facultăţi bucureştene pentru rodnica sa activitate. Un savant în toată puterea cuvântului, un apostol al ştiinţei medicale, un migălos şi conştiincios muncitor, închis între pereţii laboratorului fără reclamă zgomotoasă, acesta e colegul nostru apreciat şi omagiat de orice medic român, de orice student în medicină, ba chiar de nespecialiştii cari nu sunt cu totul streini de progresele medicale dela noi. Când nemiloasa limită de vârstă stă gata să izbească un bărbat în deplinătatea puterilor sale de muncă, în posesia imensului — capital de cunoştinţe adunate an de an, dirijând acest laborator, ne asigură încă pentru multă vreme concursul savantului nostru coleg, care astfel nu trece în cadrele celor sortiţi repaosului irevocabil, ci rămâne, spre bucuria tuturor în rândul celor ce activează şi continuă să se devoteze idealurilor lui.

Cuvântarea D-lui Prof. Rainer

Răspunzând D-nilor Mezincescu şi Stoicescu, prof. Rainer, arată în puţine cuvinte, motivele sufleteşti cari l'au stăpânit dealungul vieţii sale universitare. Ele au fost două. Intâi nevoia de a înţelege viaţa în funcţiunea ei de creatoare a formei omeneşti. Al doilea, simţimântul, din ce în ce mai viu al datoriei de împlinit faţă de *Societate*, care i-a dat putinţa de a-şi urmări idealul, acţiunea didactică şi pedagogică.

Acest din urmă motiv a ajuns din ce în ce mai dominant, pe măsura adâncirei sufleteşti. Iar obiectivul urmărit de el nu poate fi altul, anunţat în termenii cei mai generali decât deşteptarea în massa elevilor în gradul cel mai înalt cu putinţă a simţului pentru concret şi a înţelegerii pentru nesfârşitele bogăţii de interes intelectual ce zac în obiectele preocupărilor lor zilnice.

Intrarea principală a Institutului de Antropologie.
În mijloc D-l Profesor Dr. *Rainer*, în jurul său: D-na Dr. *Rainer*, D-nii Consilier regal *Anghelescu*, Prof. *Antipa*, Prof. *Manicatide*, General Dr. *Mihăilescu*, etc.

Problema aceasta devine nesfârşită, când profesorul, în faţa autditorului său ajunge stăpânit de un adânc respect şi de iubire pentru potenţialitatea acestuia.

După aceea D. Prof. Rainer expune pe scurt geneza instituţiei care se inaugurează.

Temelia ei sunt cele două colecţii, în întregime alcătuite de d-sa de-alungul anilor.

Una de cranii, care actualmente sunt

D-l Prof. *Rainer* ţinându-şi Cuvântarea.

în număr de 5000, trebue considerată ca una din colecţiile însemnate din Europa şi constitue baza pentru studiul craniologic al poporului român.

Cealaltă de oase patologice, este de asemeni una din colecţiile nu cu mulţi rivali în Europa, şi va fi de folos nepreţuit nu numai antropologistului care, în faza antropologiei de azi este obligat să pătrundă cât mai departe în înţelegerea osului ca formaţie vie, a reacţiunilor sale în diferitele acţiuni din afară şi dinăuntru, dar şi practicianilor chirurgi, ortopedişti, roentgenologi.

Dar «primum movens» pentru ridicarea clădirei, a fost nevoia de a înzestra Facultatea cu un serviciu al cadavrelor, care să procure materialul didactic şi de cercetări catedrelor ce au nevoie de acest material.

Acest serviciu e instalat în subsolul clădirei şi cuprinde o instalaţie originală pentru conservarea a 240 de cadavre, săli de preparare a oaselor, crematoriu. Meritul pentru înălţarea clădirei e al ministrului Educaţiei Naţionale de atunci, d. prof. C. Angelescu, care a acceptat ideea, s'a interesat personal de planuri, şi a obţinut fondurile necesare dela ministrul finanţelor de atunci, d. Mircea Cancicov.

Rectorul Universităţii, d. Prof. C. Stoicescu a contribuit cu o parte însemnată la complectarea lucrărilor la serviciul cadavrelor.

Instalarea Laboratorului de antropologie îşi datorează mijloacele d-lor miniştri Petre Andrei şi Mitiţă Constantinescu.

CONFERINŢA MEDICILOR PRIMARI DE PSIHIATRIE

In zilele de 22 şi 23 Iunie s'a ţinut la Spitalul Central de boale mintale şi nervoase din Bucureşti, conferinţa medicilor primari de psihiatrie din toată ţara.

Conferinţa s'a deschis în prezenţa d-lui Dr. P. Topa, ministru subsecretar de Stat al Sănătăţii publice, Prof. Dr. Mihai Ciucă, Prof. Dr. I. T. Niculescu, Prof. Dr. Ballif şi Prof. Dr. P. Tomescu, iniţiatorii conferinţei precum şi un numeros public medical. Medicii primari ai serviciilor de psihiatrie de la Spitalele Statului au asistat aproape în unanimitate.

CUVANTAREA D-LUI PROF. Dr. P. TOMESCU

D. prf. dr. P. Tomescu deschizând şedinţa arată că a luat iniţiativa acestei reuniuni împreună cu d. prof. dr. Ballif, pentruca medicii primari din întreaga ţară să poată examina într'un spirit critic, problemele actuale ale specialităţii lor.

Psihiatria — spune d-sa—trece printr'o radicală transformare a concepţiunilor ştiinţifice, a metodelor terapeutice şi a rezultatelor medico-sociale pe care le poate obţine.

De aceea, este absolut necesar să revizuim organizarea serviciilor şi a spitalelor noastre, pentru a le adapta la situaţia actuală şi a le da posibilitatea să aibă un randament sporit.

Conferinţa de faţă urmăreşte să găsească soluţiunile cele mai potrivite acestui scop. Ministerul sănătăţii, apreciind importanţa problemelor ce am ridicat, a binevoit să aprobe ţinerea conferinţei, pe care d. ministru Topa o onorează cu prezenţa sa.

Incheind, d. prof. dr. Tomescu aduce mulţumiri autorităţilor sanitare pentru atenţia acordată reuniunei şi exprimă rugămintea ca propunerile practice la care se va ajunge, să fie examinate şi soluţionate cât mai complet.

CUVANTAREA D-LUI MINISTRU SUBSECRETAR DE STAT Dr. P. TOPA, IN NUMELE MINISTERULUI SANATAŢII

D. ministru dr. P. Topa arată că Ministerul sănătăţii, înţelegând importanţa problemelor ce se pun în acest domeniu, va sprijini desvoltarea şi aplicarea mijloacelor terapeutice noui.

Işi exprimă de aceea dorinţa de a vedea concluziunile discuţiunilor ce vor urma pentru a li se da soluţionarea cea mai favorabilă.

D. dr. Liviu Ionaş, directorul spitalului de boli mintale din Sibiu în numele medicilor participanţi, mulţumeşte ministerului sănătăţii pentru aprobarea acestei conferinţe, precum şi d-lui prof. dr. Tomescu şi Ballif cari au avut iniţiativa.

Ni s'a dat astfel — spune d-sa — posibilitatea discutării unor chestiuni foarte importante ce se pun deopotrivă de intens tuturor medicilor de specialitate şi cari trebuesc urgent soluţionate.

S'a citit apoi o telegramă de omagiu care a fost trimisă M. S. Regelui.

RAPORTUL D-LUI PROF. CIUCA :

Organizarea terapeuticei prin malarie în toate spitalele de specialitate şi eventuala extindere a acestei metode de tratament în alte centre importante ale ţării.

România a fost printre primele ţări cari au utilizat malariaterapia în tratamentul sifilisului nervos şi care a înţeles să dea — în ultimii ani — o organizare specială strict ştiinţifică aplicării acestei metode în câteva din spitalele sale de boli mintale.

Observaţiile şi examenul critic a documentaţiei experimentale adunate şi puse în serviciul studiului infecţiunii paludeene naturale, au lămurit până acm un oarecare număr de factori epidemiologici locali privitor la tulpinele locale de paraziţi; la rolul vector predominant a unor variante de A. maculipennis şi au adus contribuţiuni reale la chimioterapia acestei infecţiuni.

In staţiunile dela Socola, Spitalul Central şi Coştiugeni, tehnica malariaterapiei se aplică după regulile ştiinţifice bine stabilite a unei infecţiuni (în scop terapeutic), care utilizează un agent patogen viu:

— Specii şi tulpini pure de paraziţi malarici bine cunoscute din punct de vedere al caracterelor biologice, a patogenităţii, sensibilităţii la tratament, prin diferite produse antipaludice.

— Menţinerea lor în stare pură după specii şi posibilităţile de inoculare, este efectuată pe om sau în organismul anofelului.

— Supravegherea şi asistenţa spitalicească de fiece moment a bolnavilor inoculaţi, se face cu toată rigurozitatea cerută de o infecţie acută, ţinându-se socoteală de starea somatică şi funcţională a bolnavului înainte de inoculare, de contraindicaţiile eventuale, de mersul infecţiunii parazitare şi de aspectul ei clinic.

— Intervenţia tratamentului antipaludic, dictată de starea generală a bolnavului, intensitatea parazitismului, toleranţa bolnavului, se poate face temporar sau în mod definitiv, alegând metode binecunoscute în acest scop.

— In cursul infecţiunii, bolnavii

FARMAKO

Laborator de produse chimico-farmaceutice.

Dizolvant energic al acidului uric şi al uraţilor, pe bază de dietilendiamină.

UROPURIN „FARMAKO"

granule efervescente

Diateza urică şi artritică, reumatism acut şi cronic, arterioscleroza, hipertensiune.

1 ling. de ceai la ½ pahar cu apă de 2—3 ori pe zi.

Preparat policalcic perfect asimilabil, asociat cu Vitamina D.

FARMACALCIN „FARMAKO"

granule

Compoziţie: fosfat tricalcic, lactofosfat de calciu, fluorură de calciu, nucleinat de fer, nucleinat de mangan şi **vitamina D.**

Indicaţii: demineralizare, pre-şi tuberculoza, graviditate, rahitism, spasmofilie, astenie, convalescenţă, calcificarea defectuoasă a fracturilor.

Posologie: Adulţi 3 – 4 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.
Copii 1—2 ori pe zi câte 1 ling. de ceai.

Gust plăcut.
Flacoane originale.

MAGNOIOD „FARMAKO"

fiole

Compoziţie: Iodură de sodiu şi thiosulfat de magnezie.

Indicaţii: Arterioscleroză, cardiopatii, angina pectorală, aortite ateromatoase, bronşite subacute şi cronice, emfizem pulmonar, astmă, nevralgie, sciatică.

Posologie: Intravenos 1 fiolă pe zi sau la 2 zile.

Ambalaj: Cutii cu 6 fiole de 5 şi 10 ccm.

„FARMAKO" Laborator de produse chimico-farmaceutice

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ S. A.

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

LUXAŢII ALE ARTICULAŢIEI şi ENTORSE MUSCULARE

sunt tratate cel mai avantajos prin punerea în complectă stare de repaus a părţii rănite.

ANTIPHLOGISTINE

aplicată într'un strat de o egală grosime, micşorează inflamaţia şi umflătura, calmează durerea şi provoacă în mod accentuat o rapidă absorbţie a exudatelor.

Antiphlogistine este fără contra-indicaţie unul din cele mai bune mijloace locale pentru înlăturarea tuturor inflamaţiilor şi a echimozelor.

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEW YORK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Ionică No. 8.

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ

CALITATEA SUPERIOARĂ,

DEŞI PREŢUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM — LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE

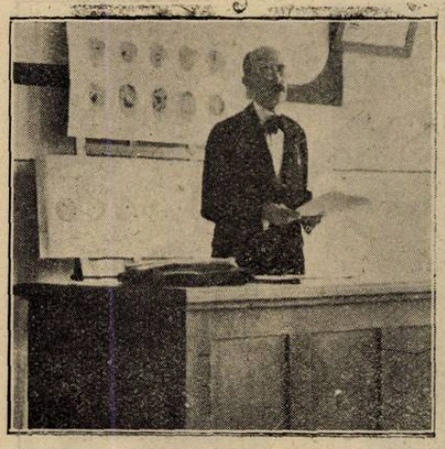
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

BUCUREŞTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9

supuşi malariaterapiei, ar trebui să fie ospitalizaţi în camere cu protecţie mecanică eficace, pentru a evita contaminarea tulpinelor şi crearea eventual de noui rezervoare de infecţiune pentru ţânţari. In ţările cu endemicitate malarică măsurile vor trebui luate cu maximum de rigurozitate.

Intr'o organizare generală pentru toate spitalele de boli mintale, următoarele propuneri s'ar putea lua în consideraţie.

— Malariaterapia se va aplica numai în spitale şi sanatorii, unde există



D-l Prof. *Mihai Ciucă*, expunând raportul său.

mijloace clinice şi de laborator necesare.

— O direcţie technică generală, care să poată asigura în 2 — 3 staţiuni, prevăzute cu instalaţiunile necesare:

a) menţinerea în stare pură a speciilor şi tulpinelor cunoscute de paraziţi malarici;

b) metode uniforme de technică şi control a acestei metode;

c) planuri comune de cercetări;

d) utilizarea rezultatelor la studiul Chimioterapiei infecţiunii naturale.

— Două staţiuni bine înzestrate vor face oficiul de formare de personal, de conservare, distribuire şi eventual de control a tulpinelor de paraziţi.

— Spitalele cu mai mult de 500 paturi vor avea un serviciu special de malariaterapie.

— Pentru cele cu un număr mai redus de paturi, distribuirea individuală de sânge virulent s'ar face de staţiunile centrale după cerere şi pentru fiecare caz în parte.

— Ospitalizarea bolnavilor supuşi malariaterapiei în camere cu protecţiune mecanică eficace.

— Controlul sever al tratamentului antipaludic înainte de eliberarea bolnavului din spital.

— Inscrierea pe tabelul malaricilor în regiunea căreia îi aparţine bolnavul, controlul şi eventual tratamentul recăderilor posibile.

COMUNICAREA D-LUI PROF. Dr. P. TOMESCU:

Rezultatele malarioterapiei în Paralizia generală şi Sifilisul nervos.

D. prof. dr. P. Tomescu, după ce mulţumeşte, în numele participanţilor d-lui prof. Ciucă, pentru documentatul său raport ştiinţific, expune rezultatele ce se obţin prin tratamentul cu malarie al Paraliziei generale. D-sa arată că majoritatea bolnavilor se vindecă sau se ameliorează, prin procedeele actuale în care se utilizează tulpini de malarie bine cunoscute, se stabilesc toate contraindicaţiile metodei şi se urmăreşte foarte atent evoluţia malariei.

Dacă efectele bune ale malariei se complectează printr'un tratament cu săruri arsenicale pentavalente, — 82 la sută din bolnavi părăsesc spitalul vindecaţi sau mult ameliorati.

Faţă de aceste rezultate admirabile, propune ca metodele utilizate la Bucureşti şi Iaşi, sub directivele d-lui prof. Ciucă, să fie generalizate la toate spitalele de specialitate.

*

După încheerea discuţiunilor, s'a vizitat Serviciul de malarioterapie, explicaţiile fiind date de d. dr. Gh. Badenschi medicul primar al Serviciului

ŞEDINŢA DE DUPA AMIAZA

RAPOARTELE D-LUI PROF. DR. BALLIF

D. Prof. Dr. Ballif a prezentat următoarele rapoarte:

1. Legătura ce trebue stabilită între spitalele de specialitate şi medicii oficiali şi practicieni, în dublul scop de a dirija bolnavii incipienţi către spitalul de specialitate şi de a-i urmări după ieşirea lor pentru completarea tratamentului de care vor avea nevoe.

2. Organizarea tratamentului ambulator al cazurilor uşoare de Epilepsie şi Parkinsonism encefalic, la serviciile sanitare rurale şi urbane ale Ministerului Sănătăţi.

In rezumat, d-sa a spus:

In genere, din cauza prejudecăţilor sau din cauza îndepărtării de spitalele de boli mintale, bolnavii alienaţi ajung prea târziu la un spital de specialitate.

Actualele mijloace de terapeutică fiind cu atât mai active cu cât pacienţii sunt trataţi într'o fază mai incipientă e necesar ca bolnavii mintali să fie îndrumaţi spre spitalele de specialitate de îndată ce se constată primele simptome ale unei boli mintale.

In regiunile lipsite de spitale de boli mintale şi nervoase, ar trebui să se primească bolnavii mintali incipienţi în spitalele obişnuite, pentru a li se aplica de urgenţă tratamentul corespunzător.

In ţara noastră trebue să se mărească numărul spitalelor de boli mintale şi a medicilor specialişti pentru îngrijirea bolnavilor acuţi şi să se mărească numărul coloniilor pentru bolnavii cronici.

Medicii de circumscripţii ar trebui să facă sau să suprevagheze tratamentul cazurilor uşoare de epilepsie şi Parkinsonian encefalitic; medicamentele urmând să fie puse gratuit la dispoziţia bolnavilor săraci.

După discuţiuni asupra acestor chestiuni, şedinţa a fost ridicată

ZIUA II-a.

RAPORTUL D-LUI PROF. DR. P. TOMESCU:

«Organizarea tratamentului boalelor acute în servicii sau secţiuni speciale şi dotarea lor cu personalul şi materialul necesar».

Chestiunea tratamentului prin şoc insulinic şi prin şoc de cardiazol.

D. Prof. Dr. Tomescu arată că marile progrese în domeniul terapeutic se datoresc unei schimbări fundamentale în concepţia generală pe care oamenii de ştiinţă o aveau asupra boalelor mintale.

Până în preajma războiului trecut, psihiatria a fost dominată în parte de ideile şcoalei franceze, care considera că toate psichozele sunt datorite degenerescenţei, fenomen fatal şi ireversibil.

Pe de altă parte, şcoala germană susţinea că evoluţia demenţială este sigură şi obligatorie în toate psihozele, astfel că efortul terapeutic apărea inutil.

In ultimii 20 de ani, considerându-se că sistemul nervos central poate suferi, ca oricare alt organ, modificări inflamatorii, biochimice şi biologice, sub influenţa diferiţilor factori patogeni, — boalele mintale pot fi principial curabile.

Aceata este origina mişcării de desvoltare a terapeuticei moderne în psihiatrie, inexistentă până în ultimii ani, care dă posibilitatea recuperării unui mare număr de bolnavi cari constituiau un balast pentru societate.

In acelaş scop au început să se organizeze servicii sau secţiuni speciale pentru bolnavii recenţi acuţi şi curabili, unde se pot face sistematic tratamentele moderne. Această operă trebue complectată şi generalizată.

In clinica de psihiatrie din Bucureşti, se primesc anual peste 1000 de bolnavi, dintre cari 80 la sută ies vindecaţi sau atât de mult ameliorati, în cât pot fi încadrati în viaţa socială.

De aceea este absolut necesar să se organizeze astfel de servicii pentru îngrijirea bolnavilor recenţi, în toate spitalele mari de specialitate.

Acest fel de servicii au nevoie de un personal numeros şi foarte bine pregătit şi de un arsenal terapeutic impus de actuala desvoltare a ştiinţei.

D. prof. dr. P. Tomescu expune apoi

chestiunea tratamentului prin şoc insulinic şi şoc de cardiazol în diferite psichoze.

Indicaţiunea principală a acestor două metode este Skizofrenia şi Sindromele skizoide. Lipsa unor analize biologice, pe baza cărora să putem pune un diagnostic sigur, face ca incertitudinea să domnească încă în delimitarea precisă a acestor cadre nosologice. Nu este mai puţin adevărat că prin metodele de şoc insulinic şi de şoc de cardiazol, un număr din ce în ce mai mare din aceşti bolnavi, — se vindecă.

In afară de aceasta, noile metode sunt utilizate, cu rezultate foarte încurajatoare şi în alte psichoze: manie, melancolie, sindrome obsesive, deliriuri paranoide în faza de debut.

Pentru ca aplicarea acestor tratamente să se facă fără riscuri, este nevoie de o riguroasă cercetare a bolnavilor, în scopul de a se stabili toate contraindicaţiunile.

In special se recomandă studiul aparatului respirator prin examen clinic şi radiologic; studiul aparatului circulator prin examen clinic, orto-diagramă şi electro-cardio-gramă.

In cursul şocului bolnavii vor fi urmăriţi cu o atenţie încordată, studiindu-se reacţiunile lor organice şi glicemia la şocul insulinic.

Faţă de rezultatele excelente ce se obţin prin aceste metode şi faţă de riscurile minime ce prezintă, ele trebuesc aplicate în toate spitalele de specialitate.

Discuţii

D. profesor dr. L. BALIF, felicită pe d. prof. dr. P. Tomescu pentru interesantul raport prezentat şi frumoasele rezultate terapeutice obţinute în serviciul I clinic.

In spitalele din provincie, din cauză că bolnavii vin într'o fază prea înaintată, nu se pot obţine aceleaşi rezultate. Pe măsură ce bolnavii vor fi aduşi la spitale mai din vreme, procesul vindecărilor şi ameliorărilor va fi mai mare, deci cheltuelile de întreţinere a personalului medical vor fi pe deplin justificate prin opera ce va înfăptui pe tot întinsul ţării, aşa cum în prezent o înfăptueşte serviciul I clinic din Spitalul Central.

D. dr. POJOGA N.-Costiugeni, arată că bolnavii din acea regiune sunt foarte săraci, deci în imposibilitate de a-şi procura medicamentele necesare.

D. dr. RUJDEA N.-Oradia Mare, spune că aceiaşi stare de lucruri se găseşte şi în spitalul de sub conducerea d-sale.

D-nul Doctor V. ILLEA-Sighet arată că statistica Domnului Profesor Tomescu ste favorabilă fiindcă se referă la bolnavi recenţi. La orice bolnavi s'ar adresa, nu se poate trece însă cu vederea rezultatele cu adevărat impresionante ale tratamentelor cu insulină şi cardiazol.

D. dr. IONAŞIU-Sibiu aminteşte că a utilizat această metodă fie simplă, fie combinată (insulină plus cardiazol), cu foarte bune rezultate, mai ales când se adresează bolnavilor incipienţi. Tratamentul era de cele mai multe ori, urmat de o incadrare socială şi profesională a bolnavilor.

D. dr. ISANOS M.-Costiugeni, crede că înfiinţarea de dispensare psihiatrice în oraşele mari, va avea o mare importanţă în depistarea cât mai precoce a boalelor mintale într'o fază în care sunt mai susceptibili la tratament.

Crede necesar ca astfel de conferinţe să se ţină mai des în alte oraşe, în vederea unei popularizări a noţiunilor de orientare asupra boalelor mintale şi asupra gravităţii lor.

D. dr. LICHTER-Lugoj afirmă că tratamentul cu insulină a dat rezultate foarte bune în cazurile incipiente.

După ridicarea şedinţei, membrii conferinţei, în corpore, au vizitat clinica de psihiatrie.

Explicaţiile le-a dat d. prof. dr. P. Tomescu.

ŞEDINŢA DE DUPA AMIAZA

D. prof. dr. P. Tomescu desvoltă raportul: «Problema şcolilor de infirmiere pentru spitalele de boli mintale».

D-sa luând în discuţie problema şcolilor de infirmiere pentru spitalele de boli mintale, spune că şcoala înfiinţată în acest spital, încă din anul 1936, a dat rezultate foarte bune, reuşind să formeze un personal auxiliar bine pregătit şi deci foarte util pentru cerinţele tratamentelor noui în Psihiatrie.

Elevele au nevoe de un minimum de patru clase secundare fără de care o soră nu poate asimila cunoştinţele de care are nevoe. La spitalul Central, majoritatea elevelor au între 4 şi 8 clase secundare.

Mediul din care sunt recrutate elevele este în general de funcţionari. meseriaşi sau negustori, din toate provinciile ţării.

Un grup dintre membrii Conferinţei.
De la stânga la dreapta D-nii : Prof. *I. T. Niculescu*, D-na Dr. *Kanel*, Dr. *N. Rujdea*, Prof. *Ballif*, Prof. *Mihai Ciucă*, D-rii *Pojoga*, *Pop*, *Popea*, *Derevici*, *Isanos*, *Sebastian Constantinescu*, Prof. *Tomescu*. Dr. *Ion Constantinescu*, Dr. *Lungu* Dr. *Ilea*.

Şcoala se conduce după programul fixat de ministerul sănătăţii, cursurile durând trei ani.

Mulţumeţse apoi corpului profesoral al şcolii, compus din medici de spital şi asistenţi, cari şi-au dat concursul cu totul dezinteresant la realizarea acestui învăţământ.

D. prof. dr. Baliff exprimă părerea de rău că la spitalul Socola, din lipsă de spaţiu nu se poate înfiinţa o astfel de şcoală, cere însă absolvente dela şcoala dela Spitalul Central, pentru spitalul său.

D. dr. Ioanaşiu L. cere concursul d-lui profesor Tomescu pentru înfiinţarea unei astfel de şcoli la Sibiu.

*

Conferinţa a luat hotărârea ca d-nii: prof. dr. P. Tomsecu şi prof. dr. Baliff să prezinte ministerului sănătăţii concluziunile desbaterilor.

S'a luat, deasemenea hotărîrea ca medicii primari de psihiatrie să se întrunească în fiecare an.

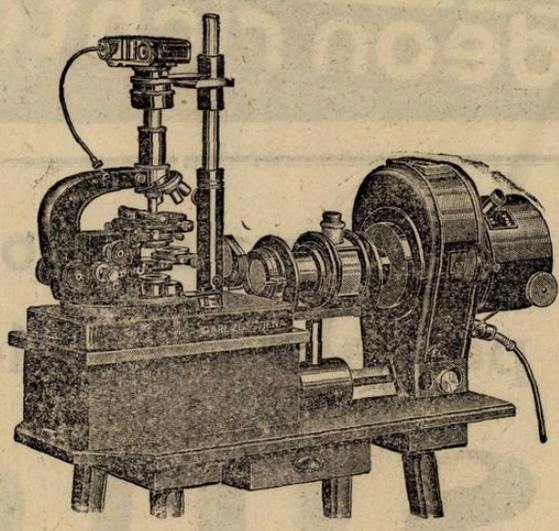
*

S'a vizitat apoi şcoala de surori, după care a urmat proiectarea filmului ştiinţific: «Tratamentul sifilisului nervos» şi al unui film ali ministerului propagandei: «Ţara Moţilor».

MICROSCOP DE LUMINISCENȚA

ZEISS

vă dă cel mai preţios ajutor la identificarea baccilului tuberculozei



Luminozitate de fluorescenţă remarcabilă. Intrebuinţare universală, atât pentru epimicroscopie, cât şi pentru luminare prin transparenţă.

Datorită luminozităţii excepţionale, recomandăm deasemenea utilizarea acestui microscop şi pentru microproecţiuni.

CARL ZEISS JENA

Cereţi prospecte informative dela

CARL ZEISS — JENA, GERMANIA

sau dela REPREZENTANTA GENERALA PENTRU ROMANIA Soc. Anon. de Agentură, Comision şi Import, fost OTTO & ALFRED HERZOG Bucureşti I, Bul. Reg. Carol I. 48

In tratamentul constipaţiei

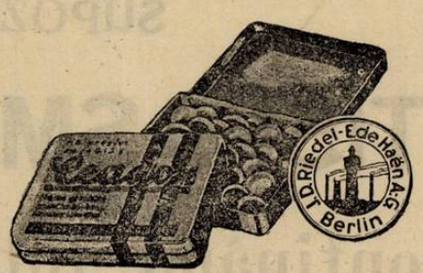
Se poate evita obişnuinţa şi iritaţia mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcţionare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop serveşte

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

fabrica de produse chimice
gedeon richter s. a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOIOD

SUBCUTAN, INTRAVENOS, INTRAMUSCULAR

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Jubileul de zece ani al „Revistei de Igienă socială"

In numărul precedent al «României Medicale» am menţionat apariţia monumentalei opere pe care o reprezintă numărul festiv al jubileului de 10 ani de existenţă al valoroasei Reviste de Igienă Socială de sub conducerea d-lui Dr. *Gh. Banu.*

Acest volum este consacrat problemelor sanitare ale populaţiei rurale din România.

Pentru a învedera amploarea cadrului în care această problemă a fost tratată cât şi valoarea documentară pe care o reprezintă, reproducem sumarul capitolelor principale:

1. *Introducere şi consideraţiuni retrospective*

G. Banu: Cadrul problemei şi justificarea lucrării.

Prof. V. L. Bologa: Consideraţiuni la cunoaşterea igienei rurale în trecutul nostru.

P. G. Samarian: Sănătatea şi igiena rurală în trecutul românesc.

C. Gheorghiu şi H. H. Stahl: Metodele de investigaţie şi medico-socială în mediul rural.

2. *Biologia Generală a Populaţiei Rurale*

I. Făcăoaru: Despre structura rasială a populaţiei rurale din România.

P. Râmneanţu: Biometria rurală (biotipologia adultului).

P. Râmneanţu: Biotipologie şcolară.

G. Banu: Probleme de Eugenie în pătura rurală a României.

S. Manuilă: Demografia rurală a României.

3. *Condiţii de viaţă ale Ruralului. — Mediul fizic, economic şi cultural*

Prof. Marius Sturza: Clima şi apele minerale în cadrul problemelor sanitare ale populaţiunei sanitare din România.

A. Golopenţia: Starea culturală şi economică a populaţiei rurale din România.

Alimentaţia

Prof. G. Benetato: Consideraţiuni generale asupra problemei alimentare.

I. Claudian: Alimentaţia în cadrul antropogeografiei.

I. Nitzulescu: Metabolismul alimentaţiei populaţiei rurale.

D. Georgescu: Nivelul şi compoziţia alimentaţie populaţiei noastre rurale, pe provincii.

Prof. Gr. Benetato: Alimentaţia ţăranilor din Ardeal şi Banat.

M. Enescu: Alimentaţia populaţiei rurale din Moldova.

M. Enescu: Porumbul ca aliment demineralizant.

S. Boldescu: Porumbul şi mămăliga.

D. Andronescu: Grâul românesc.

Prof. J. Voicu: Legumele, fructele şi băuturile nealcoolice în alimentaţia ţăranului român.

Prof. G. K. Constantinescu: Laptele.

J. Braghină: Carnea.

D. Russu: Ouăle şi carnea de pasăre în alimentaţia ruralului.

I. Claudian şi D. C. Georgescu: Pregătirea alimentelor în gospodăria rurală.

M. Zolog: Consideraţiuni medico-sociale asupra aprovizionării cu apă în mediul rural din România.

G. Tătăranu: Alimentaţia cu apă a satelor din România, şi Locuinţa.

E. Răsmeriţă şi M. Tiriung: Locuinţa rurală românească.

Igiena personală

A. Voina: Igiena personală în mediul rural.

Munca şi Recreaţia

S. Manuilă: Problema recreaţiei în mediul rural.

V. Manuilă: Probleme de asistenţă socială în mediul rural.

4. *Patologia Populaţiei Rurale. Boli infecţioase.*

Prof. C. Ionescu-Mihăeşti şi Prof. M. Ciucă: Bolile infecţioase în România.

V. Albescu: Scarlatina.

A. Vrancea: Rugeola.

Prof. I. Bălteanu: Tifosul exantematic.

G. Calalb: Dizenteria bacilară şi enterocolita dizenteriformă.

C. Combiescu: Febra tifoidă.

A. Magheru: Holera.

M. Marbe: Difteria.

Prof. I. Bălteanu, M. Francke şi Fl Popa: Consideraţiuni epidemiologice şi profilactice în infecţia cărbunoasă.

B. Wisner: Poliomielita.

P. Condrea: Tetanosul în mediul rural şi mijloacele de combatere

Boli organice

Th. Dobrescu şi Al. D. Lăzărescu: Bolile organice în mediul rural.

Boli mintale

Prof. P. Tomescu: Boalele mintale în mediul rural.

Patologia mamei şi a copilului

G. Banu: Patologia mamei şi copilului în mediul rural.

I. Nemoianu, A. Muţiu şi A. Simion: Contribuţiuni la studiul stării fizice a populaţiei infantile în mediul rural.

I. Daniello, P. Chiper şi N. Bumăcescu: Frecvenţa infecţiunii bacilare printre elevii şcolilor primare rurale cu învăţători tuberculoşi.

A. Iancu, C. Oprişoiu şi J. Voichiţă: Consideraţiuni asupra stării de nutriţie a copiilor din mediul nostru rural.

Boli Sociale

M. Nasta: Tuberculoza în mediul rural.

A. Voina: Bolile venerice în populaţia rurală.

S. Longhin: Bolile venerice în armată.

Prof. M. Ciucă: Malarioterapia ca element de bază pentru studiul ştiinţific al infecţiei malarice.

C. Angelescu: Asanările malarice în România.

D. A. Cornelson: Staţiunea Gurbăneşti pentru studiul malariei.

J. Nitzulescu: Câteva consideraţii asupra pelagrei.

Prof. D. Danielopolu: Etiologia, patogenia şi patologia guşei endemice (endemiei tiroidiane).

Prof. I. I. Niţulescu: Iodul şi guşa endemică în România.

M. Derevici: Guşa endemică şi cretinismul în mediul nostru rural.

Prof. E. C. Crăciun: Cancerul în mediul rural din România.

Prof. D. Manolescu: Trachomul în mediul rural.

D. Ionescu: Turbarea în România.

5. *Organizare Sanitară Rurală*

Prof. I. Moldovan şi M. Zolog: Organizarea sanitară rurală în România.

6. *Examen critic şi sintetic*

G. Banu: Examen critic şi sintetic al problemelor de sănătate rurală.

Noul comitet al Colegiului medical de Ilfov

Noul comitet al Colegiului Medicilor Ilfov, s'a constituit în modul următor:

Preşedinte dr. Gomoiu V.; vice-preşedinţi: Gh. Marinescu şi dr. E. Răsmeriţă; casier d. Popescu Marius; secretar dr. RadianI.; membri: dr. Constantinescu K. Mircea; dr. Dănulescu C.; prof. Iacobovici I., agr. dr. Jianu I., agr. dr. Marian I. şi prof. dr. Teodorescu Dan.

Comitetul Soc. medicale a Spitalelor

Soc Medicală a Spitalelor, din Bucureşti şi-a ales următorul comitet pe anul în curs:

Preşedinte: d. prof. Dumitrescu-Mante.

Vice-preşedinţi: d-nii d-ri: prof. Crăciun, agr. Litarcek, agregat B. Theodorescu.

Secretari anuali: dr. Suzana Petrescu, St. Cizer, Ciorapciu, A. Mureşanu.

Bibliotecar: dr. Enăchescu.

Comisia de verificare d-nii: agr. Simici D., docent Slobozianu, dr. L. Caffé.

Buletinul Soc. Medicale va continua să apară sub direcţia d-lui prof. N. N. Gh. Lupu.

Prima Conferinţă ştiinţifică şi profesională a Medicilor Legişti.

In ziua de 14 Iunie a. c., a avut loc prima conferinţă profesională şi ştiinţifică a medicilor legişti din ţară, sub preşedinţia d-lui profesor *dr. Minail Kernbach*, directorul institutului Medico-Legal, profesor Mina Minovici.

D. profesor expune programul său de lucru şi de înfăptuiri pentru ridicarea prestigiului corpului medicilor legişti, precum şi pentru difuzarea progreselor medicinei legale în sferele justiţiei. D-sa arată că din anul 1895, nu s'a mai produs nici o ameliorare a primelor instrucţiuni pentru autopsiile medico-legale. S'a văzut nevoit să redacteze noui instrucţiuni, cari au şi fost răspândite în toată ţara şi care au fost semnate de d-nii miniştri al Justiţiei şi al Sănătăţei O. S. In aceste instrucţiuni s'au precizat pe deoparte tot aportul ştiinţific şi practic al unei medicine legale pozitive şi moderne asupra tuturor expertizelor şi examinărilor medico-legale. Pe de altă parte s'a evidenţiat rolul covârşitor şi rolul important pe care medicul legist specializat îl poate aduce investigaţiunilor judiciare.

Pe teren profesional, chiar odată cu redactarea instrucţiunilor, s'a căutat a se concretiza noţiunea de medic legist în comparaţie cu cea de medic expert. cu care foarte adesea se confundă. Tot deodată s'a urmărit a se preciza atribuţiunile medicului legist în expertizele medico-legale, care trebuesc rezervate specialistului. In acest fel s'a atins în parte şi latura profesională.

In fine medicul legist care aparţine unei minore categorii de medici cari nu are dreptul la clientelă, a obţinut în legea de armonizare a salariilor un tip de salarizare autonom şi corespunzător misiunei sale. Această recunoaştere se datoreşte unei largi înţelegeri a comisiunei care a elaborat legea şi d-lui ministru care a supus legea spre sancţionare.

Rămâne ca să se obţină în codul funcţionarilor Regele Carol al II-lea o justă şi echitabilă încadrare.

Evident că atribuţiunile medicului legist nu se vor putea fixa decât prin lege. De îndată ce se va oferi prilejul se va căuta să se legifereze odată pentru totdeauna toate drepturile şi îndatoririle medicului legist şi odată cu aceasta condiţiile de recrutare ale medicului expert. Aşa cum se peterece în multe ţării, va trebui să se fixeze şi pentru România criteriile de alegere, numire şi funcţionare a medicilor experţi. Este o funcţie de înaltă răspundere socială şi nu orice medic poate fi şi expert.

Medicul legist având astfel o salarizare mai bună, dobândind noui atribuţiuni şi noui venituri, va fi în măsură să-şi îndeplinească îndatoririle cu mai mult entuziasm şi cu mai multă încredere. In această diercţiune vom trebui să lucrăm cu toţii pentru a face o susţinută propagandă în vederea unei cât mai largi utilizări a acestei specialităţi în toate domeniile în care ea poate aduce preţioase contribuţii şi în toate straturile populaţiunii.

Plecaţi de la ideia că medicina legală este o specialitate autonomă ca orice altă specialitate medicală, vom lupta pentru realizarea unui scump deziderat care ne impune să oferim oricărui cetăţean mijloacele de a-şi valorifica dreptul său de apărare prin metode ştiinţifice. Aşa cum au pătruns toate progresele medicinei curative şi stau la îndemâna fiecăruia, tot aşa vor trebui să pătrundă progresele medicinei legale. Această îndatorire ce ni-o asumăm nu o vom putea realiza decât prin propagandă. In acest scop ţin să-mi exprim convingerea mea nestrămutată că avem elementara datorie să activăm pentru o cât mai fecundă şi intimă colaborare cu juriştii şi în special cu penaliştii.

Am plăcutul prilej de a vă anunţa că această colaborare este pe punctul de a se realiza. D. Prim Preşedinte Ionescu Dolj, dela Consiliul legislativ şi preşedintele Cercului de studii penale şi penitenciare, m'a autorizat să vă anunţ că d-sa va fi fericit să lucreze alături de noi şi doreşte a fuziona revista de medicină legală cu acea de drept penal. Până la finea acestei luni această fuzionare va fi desăvârşită. Este absolut necesar. Alături de penalişti vom întregi familia noastră puţin numeroasă şi vom reuşi ca idealul ce-l urmărim împreună să fie mai temeinic susţinut. Cu toţii urmărim descoperirea adevărului şi ne diferenţiem numai prin metode. Vom încerca împreună să înjghebăm o revistă lunară, în care să publicăm activitatea noastră, lucrări ştiinţifice şi articole de popularizare prin cazuri şi documentări.

Propaganda o vom întregi de îndată ce chestiunile internaţionale ne va permite să ne întrunim în congrese anuale în diferite puncte ale ţării, aşa cum fac colegii noştri, specialişti ai diferitelor ramuri medicale.

Socot că înainte de toate se impune un curs de perfecţionare pentru medicii legişti şi medicii sanitari, obligaţi a face autopsii medico-legale. Prn aceste cursuri se va împrospăta materia şi se va însuşi progresele realizate în ultimii ani.

Idealul de a avea medici legişti pe lângă fiecare tribunal, va fi urmărit cu persuasiune şi convingere.

A urmat apoi o serie de discuţii, expunând punctul lor de vedere d-nii: Mihăescu-Bălţi, Spânişteanu-Craiova, Vascan-Timişoara, Ciurea-Buzău, Ionescu-Chişinău, Birkle-Bucureşti, Hogea-Severin.

In aceeaşi zi, după după amiază, a avut loc o şedinţă ştiinţifică în care s'au luat în discuţie: *Instrucţiunile pentru expertizele şi examinările medico-legale*, tratându-se pe larg chestiunile următoare: Scopul autopsiei medico-legale, Examinarea leziunilor corporale, Metodele de investigaţie în otrăviri, Metodele de investigaţie în avorturile mortale şi redactarea concluziunilor în raporturile medico-legale.

Transferări de medici în spitalele Eforiei din Capitală

S'au făcut următoarele transferări de medici secundari, specialitatea medicină internă, în spitalele Eforiei Spitalelor Civile din Bucureşti:

D. dr. Anastasiu Tiberiu, medic secundar la Institutul clinico-neurologie al spitalului Colentina, se transferă, pe ziua de 1 Mai 1940, la Institutul clinico-medical A., de la spitalul Filantropia, în locul rămas vacant prin expirarea stagiului d-lui dr. Tanaşoca Take.

D. dr. Dumitrescu M. Dumitru, medic secundar la serviciul T. B. C., de la spitalul Pantelimon, se transferă, pe ziua de 1 Mai 1940, la spitalul Colţea, serviciul medical, în locul rămas vacant prin expirarea stagiului d-nei dr. Sevasta Postelnicescu.

D-ra dr. Zagora Maria, medic secundar la serviciul medical al spitalului Pantelimon, se transferă, pe ziua de 1 Mai 1940, la serviciul medical al spitalului de Copii, în locul devenit vacant prin expirarea stagiului d-nei dr. Florica Chiriaceanu Poenaru.

D. dr. Neagu Dinu, medic secundar la serviciul dermato-venerice al spitalului Colentina, se transferă, pe ziua de 1 Mai 1940, la serviciul medical de la spitalul Pantelimon, în locul d-rei dr. Zagora Maria, trecută în alt post.

D. dr. Constantinescu Şt. Gh., medic secundar la spitalul «Prof. dr. Cantacuzino», Sinaia, se transferă pe ziua de 1 Aprilie 1940, la spitalul Colentina, serviciul boli contagioase copii.

D. dr. Grümberg Willy, medic secundar la Leagănul «Sf. Ecaterina», se transferă, pe ziua de 1 Mai 1940, la Institutul clinico-medical C, spitalul Colentina, în postul vacant.

D. dr. Victor Lăzărescu, medic secundar la serviciul B. contagioase-adulţi se transferă, pe ziua de 1 Mai 1940, la Institutul, clinico-medical C., spitalul Colentina, în locul devenit vacant, prin expirarea stagiului d-lui dr. Chisăr Ştefan.

INDICAȚIUNI

Limfatism - Leucemii
Astenie postgripală - Neurastenie
Bronchite cronice
Emfizem - Tuberculoză
Convalescențe

INDICAȚIUNI

Tuberculoză, Rachitism, Reumatisme
Fracturi, Pleurezie, Empotizii, Emoragii

INDICAȚII

Anemii de orice origină - Clorosă - Denutriție
Convalescențe postoperatorii - Hemoragii

CYTO • SERUM - CALCIUM • CORBIÈRE - HEMO • CYTO • SERUM

MODUL DE ÎNTREBUINȚARE: O injecție intramusculară în regiunea fesieră, zilnic sau la două zile.

Laboratoires CORBIÈRE, 27 r. Desrenaudes, Paris

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

„ACTUALITAŢI TERAPEUTICE"

Tratamentul extern cu Prontosil în practica medicală

Dr. Schirp
Wuppertal — Vohwinkel. („Der Landarzt" 1939, nr. 1, pag. 5)

Schirp experimentează aplicarea externă a Prontosilului, de mai bine de 1½ ani, întrebuinţând o soluţie de 1%. Inflamaţia dispare în mod rapid în urma unei badijonări simple. Ţesuturile îndurate în cazurile de furunculi şi flegmoane cedează în curând, astfel încât nu mai este nevoie de o incizie, puroiul poate fi extras prin aplicarea unui vas pneumatic. Pansamentul poate fi schimbat după 1 — 2 zile. In două cazuri de panariţii s'a ajuns la vindecare, graţie injecţiilor aplicate chiar în plagă. Cu toate că injecţiile sunt foarte dureroase la început, se recomandă cu insistenţă, deoarece graţie acestei metode pot fi înlăturate formările de sechestru şi operaţiunile însăşi. După incizia abceselor se tamponează cavitatea cu tifon îmbibat în Prontosil, astfel procesul de vindecare este accelerat. In cazul de furunculi ai urechilor şi ai nasului se recomandă o alifie cu Prontosil 5%. Tot astfel pot fi înlăturate în urma unui tratament cu o alifie cu Prontosil 5 — 10% şi abcesele sudoripare (hidroadenite). Erisipelul se retractează în urma aplicării mocale a unei soluţii de Prontosil 1%, astfel încât după 24 de ore dela începutul tratamentului, inflamaţia dispare aproape complect. Soluţia de Prontosil 10%, acţionează în mod favorabil asupra supuraţiunilor, furunculilor şi a carbunculilor. La unii bolnavi cu carbunculi ai gâtului, cefii şi ai regunii occipitale, s'a administrat cu succes alifia-Uliron 5%. Câteodată însă această alifie acţionează asupra pielei cu formare de eczeme. Cu alifia Prontosil 5—10% s'au obţinut rezultate favorabile şi în tratamentul leziunilor recente. Pentru tratamentul anginei şi a amigdalitelor ajung badijonări simple cu Prontosil, solubil 2%, căreia i se adaugă puţină glicerină, precum şi cu pastile de Prontosil, administrate pe cale bucală. Alifia-Prontosil 5% are deasemenea şi o acţiune calmantă şi terapeutică în combustiuni şi parotite.

In aplicarea locală s'a dovedit de eficace următoarele combinaţiuni:

Soluţia de Prontosil-Alcool-Acetonă 30,7
Alcool 600
Glicerină 1.-
Ds. Extern.

Vehicolul alifiei este în funcţie de afecţiunea cutanată care urmează să fie tratată.

Prontosil rubrum 5,0
Parafină lichidă 25,0
Adeps lanae 70.-
Mf. Ung, Da. Extern.

Combinaţia de Prontosil cu sacchar lactic este indicată în tratamentul cu pulbere a plăgilor:

Rp. Prontosil-rubrum 1.0
Sacchar lact. puriss ad. . . . 10,0
Ds. Pentru tratamentul plăgilor.

*

Aplicaţiunea locală a Prontosilului în chirurgie

P. Bosse şi G. Bosse,
Clinica partic. Wittenberg. (Fortschr. Ther 1939, nr, 4, pag. 202)

In ultimii 3½ ani, *Bosse* administrează la mai bine de 3000 bolnavi, Prontosil local. Dintre aceştia nu au murit decât 3; un diabetic în urma unui flegmon şi 2 femei în urma febrei puerperale. Se înţelege însă dela sine, că Prontosil-ul nu acţionează decât în cazurile în cari organismul nu mai poate reaţiona faţă de boală. In infecţiile obişnuite ale plăgilor cu strepto- şi stafilococi, *Bosse* face constatarea că Prontosil-rubrum posedă proprietăţi hemostatice, în timp ce Prontosil-solubile are acţiune inhibitorie de coagulare asupra pancreasului Bosse foloseşte pentru hemostaza de suprafaţă un amestec de Prontosil (10) şi sach. lact. (100). Astfel, după incizia făcută în cazurile de mastită, se introduce în cavitate un amestec de Prontosil-glucoză, se acoperă plaga cu tifon impregnat în Uliron şi se aplică alifia Uliron. Pansamentul aplicat în acest fel, poate rămâne neschimbat timp de 8 zile. Tot astfel se procedează şi în cazurile de abcese, flegmoane şi panariţii, iar secreţiunea încetează în scurt timp. Prontosilul nu posedă o acţiune de reepitelizare, aşa în cât în caz de nevoie urmează să se aplice o alifie de 5 — 10% Uliron-ulei Jecoris.

*

Experienţe cu picăturile de Novalgin

H. Steichele
St. Theresien-Krhs. Nürnberg-O. (Therapie der Gegenwart, 1939, Nr. 3, pag. 131).

In pneumonie, gripă şi în general în toate bolile contractate prin răceală, precum şi în febra tifoidă, Novalgin-a poate să înlăture febra într'un interval foarte scurt. Temperatura mărită în urma tuberculozei scade deasemenea considerabil în urma administrării de Novalgin. In scopul acesta este suficient să se prescrie picăturile de Novalgin. Soluţia e prezentată într'o concentraţie de 50%, 20 de picături de Novalgin corespund cu 0,50 gr. Novalgin. Deasemenea picăturile au un efect analgetic, antinevralgic şi antiflogistic în reumatismul muscular, mialgii, sciatică, zone zoster. Intrebuinţarea picăturilor de Novalgin dă rezultate bune în mica chirurgie; durerile dispar curând după deschiderea panariţiilor şi flegmoanelor, în tratamentul traumatismelor recente, în fracturi şi amputaţiuni digitale. Administrarea de morfină a fost cu totul de prisos în asemenea cazuri. Deasemenea în durerile consecutive operaţiunilor chirurgicale grele şi din cele mai mari cari trebuiau combătute până în prezent cu doze masive de morfină în a 2-a şi a 3-a zi, picăturile de Novalgin au dat rezultate suficiente. S'a putut demonstra pe un material de 100 de operaţiuni, că Novalgin-a înlocueşte cu succes morfina. In stările dureroase uşoare se administrează 10 — 20 picături de Novalgin, în dureri mai grave 20—30 picături şi uneori, la nevoie de 2 — 3 ori pe zi. Turburări stomacale nu s'au remarcat niciodată în urma picăturilor. Injecţia de Novalgin e necesară doar în cazurile de dureri acerbe, ca de ex. în cancer.

*

Prontosil în aplicarea intrauterină

Dr. C. Blumers
Lüderitzbucht S. W. A.

Un avort septic, cu manifestaţiuni de septicemie, temperatură mare, stare comatoasă, internat în Sept. 1938, curatat şi tratat la început cu lavaje intrauterine cu alcool, i se aplică în continuare, pe lângă injecţia intramusculară zilnică şi cantitatea unei fiole în cavitatea uterină. După 3 zile secreţia fetidă şi temperatura dispăru, iar starea generală se ameliorează. In alte cazuri am aplicat această metodă, concomitent cu aplicarea bucală de Prontosil, astfel încât reuşii să concediez după 14 zile, o bolnavă internată în stare muribundă. Insist în mod special asupra acestei metode, fiindcă nu s'a publicat încă nimic până în prezent referitor la aplicarea intrauterină a Prontosilului.

Cu ajutorul Prontosil-ului, am obţinut o ameliorare şi vindecare rapidă într'un caz confirmat de febră de baltă.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53, şi Cluj, Calea Moţilor 18.

Noul tonic biologic

AKTIVANAD

cu

Haematoportirină, Hepatrat, glycocol, baze purinice, substanţe amare vegetale şi vitaminele B şi complexul C. (Fructamină).

stimulează:

ENERGIA

PUTEREA

VITALITATEA

NORDMARK

NORMARK WERKE HAMBURG

Pentru România: Dr. ALEX. RADU Str. Sofia 30. Bucureşti 3

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), colibacilozele etc.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.**

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: **In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATA:** 4—8 comprimate pe zi.
Este recomandabil de a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată,* deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând, este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

Reprezentanţe Regionale:

Cernăuţi — Str. Iancu Flondor, 17 Tel. 3116
Cluj — „ Iuliu Maniu, 26/11 Tel. 1200
Iaşi — „ Săulescu, 2 Tel. 2259

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 15-16 | 10 Lei Exemplarul | 1-15 August 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" BUCUREŞTI

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. C. D. CONSTANTINESCU: *Emboliile arteriale* 169

Medic Colonel POPESCU C. şi Medic Maior PANAITESCU Gh.: *Primul caz de febră butonoasă observat în Bucureşti* 173

Conf. Dr. I. GAVRILĂ şi Dr. I. BRICIU: *Manifestaţiuni abdominale dureroase în cursul boalei serului* 175

CRONICI

Dr. DORIN DUMITRESCU şi Dr. I. TĂNĂSESCU: *Din viaţa Profesorului Marcovici* . . . . . .

Pagina

PROBLEME SANITARE

Prof. Dr. P. TOMESCU: *«Probleme sanitare». Câteva note în legătură cu articolele D-lui Dr. I. Bordea.* 178

REVISTA CĂRŢILOR

Emile Sergent: Suppurations Bronchiques Pulmonaires, Pleurales et Mediastinales, recenzat de Dr. T. Moisescu. 172

Prof. G. Marion: Quelques vérités premiéres (ou soi-disant telles) en Urologie, recenzat de Dr. Const. Chiriţă 177

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noua conducere a Ministerului Sănătăţei; Consiliul superior balneo-climateric; Locuri de medici vacante; Mersul ascendent al organizaţei sanitare din Basarabia sub stăpânirea românească . . . 179

«Doctorul Poporului»; Locuri de Medici vacante la Casele de Asigurări sociale; Medici evrei lasaţi în disponibilitate 180

BIBLIOGRAFII

Prof. Dr. Gh. Băltăceanu: Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie. Vol. III «Cartea Românească» Bucureşti.

Ceia ce înseamnă SALVARSANUL pentru SIFILIS
reprezintă descoperirea preparatului

ULIRON

în tratamentul blenoragiei

In comparaţie cu sulfanilamida Uliron-ul garantează o toleranţă mai mare, împreună cu un efect terapeutic desăvârşit, deşi dozele faţă de sulfanilamidă sunt mai reduse. Acelaş efect îl are Ulironul şi în infecţiuni stafilococice.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-9286; Sucursala: Cluj, Calea Moţilor 18. Tel.: 37-22

CERVICITA şi ENDOCERVICITA

Este surprinzător, ce uşurare se poate obţine prin introducerea unui tampon de Antiphlogistine. Pe baza proprietăţilor sale igroscopice, Antiphlogistine realizează o remarcabilă exudaţie, marele său procent de Glicerină (45%), suportul mecanic ce îl acţionează, precum şi proprietatea de a opri desvoltarea bacteriană şi de a menţine mult timp căldura, sunt factori importanţi în tratamentul cu succes al acestor afecţiuni.

ANTIPHLOGISTINE

Eşantioane şi literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEW YORK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I, Str. Sft. Ionică No. 8.

UROCARMIN

PENTRU TRATAMENTUL şi PROFILAXIA INFECŢIUNILOR CĂILOR URINARE

COLORANT AZOIC CU ACŢIUNE BACTERIOSTATICA

(bacilul coli, strepto şi stafilococ, proteus, etc.)

EFECTE NEINFLUENŢATE DE REACŢIUNEA URINEI.

Tablete: tuburi cu 20 şi 50 tablete.

AKROFOLLIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI FOLICULAR CU ACŢIUNE ENERGICĂ ŞI DURABILĂ

FIOLE: 1000, 10.000, şi 50.000 U. S.

DRAGEURI: 1000 şi 5000 U. S.

(1. U. S.=1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

AKROLUTIN

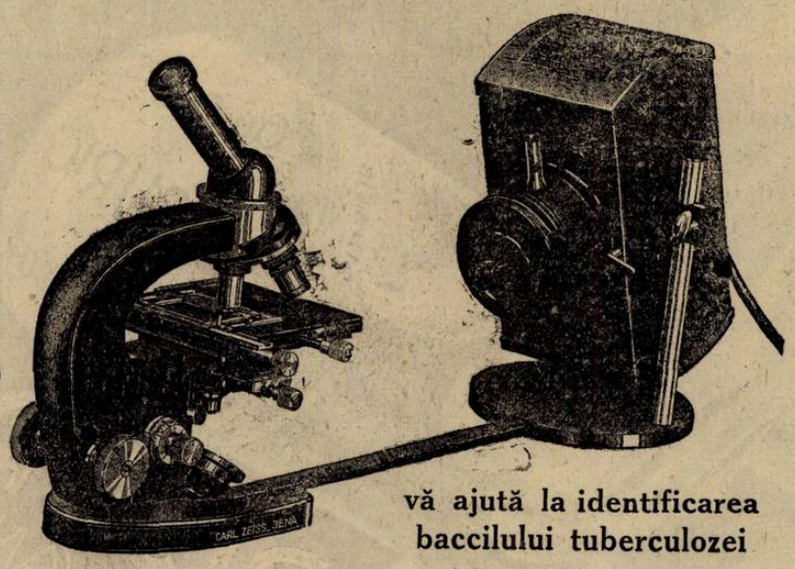
PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI CORPULUI GALBEN

FIOLE: 0,5, 2 şi 5 U. I.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.

Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

LAMPA DE LUMINISCENȚA



ZEISS

vă ajută la identificarea bacilului tuberculozei

Această lampă este în special recomandabilă pentru cercetările curente de laborator; ea poate fi utilizată cu orice microscop. Datorită unei mari densități luminoase în domeniul spectrului visibil recomandăm deasemeni întrebuințarea acestei lămpi pentru ultramicroscopie și lucrări în lumină monocromatică.

CARL ZEISS JENA

Cereți prospecte informative dela

CARL ZEISS — JENA, GERMANIA

sau dela REPREZENTANTA GENERALA PENTRU ROMANIA Soc. Anon. de Agentură, Comision și Import, fost OTTO & ALFRED HERZOG București I, Bul. Reg. Carol I. 48

SILANDIN

(NUME DEPUS)

SILICAT BAZIC DE MAGNEZIU

Produce desintoxicarea și micșorarea aciditații organismului, ameliorând peristatismul și adsorbând gazele; deci indicat în:

INTOXICAȚIUNI prin acizi, sau produsele de putrefacție ale albuminelor etc.
CONSTIPAȚII cronice, meteorism.
ULCER VENTRICULAR și duodenal

AMELIOREAZĂ STAREA GENERALĂ

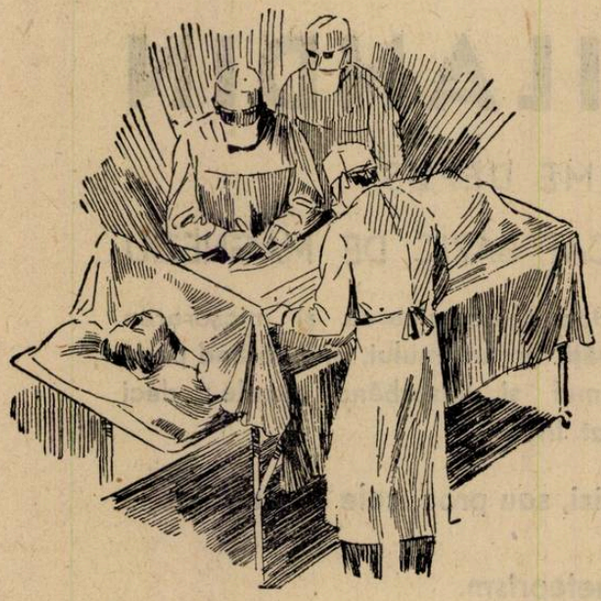
Ambalaj cu 100 g
„ „ 250 g

MOSTRE LA CERERE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51



EVIPAN-SODIC

N-metil-ciclohexenilomalonilureidul de sodiu

Pentru narcoza intravenoasă de bază şi de scurtă durată

Narcoza se produce imediat şi durează 15–20 minute. Fără accidente locale şi generale. Redeşteptarea din narcoză se face repede şi fără inconveniente.

Ambalaje originale:

Cutie cu 1 g. Evipan-sodic + 1 fiolă cu 10,5 cc. apă distilată sterilizată.

Cutie cu 5 fiole de 0,5 şi 1 g. Evipan-sodic + 5 fiole cu 5 resp. 10,5 cc. apă distilată sterilizată.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel. 37-22.

Anul XVIII. No. 15—16 10 Lei Exemplarul 1—15 August 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

EMBOLIILE ARTERIALE

de Dr. C. D. CONSTANTINESCU

Puţine sunt chestiunile de medicină al căror studiu să fi dat naştere în ultimul timp la un aşa mare număr de publicaţiuni ca acela al emboliilor arteriale. Se cunosc, fără îndoială, mai bine, acum, atât simptomele cât şi formele clinice ale obstrucţiunilor arteriale acute, dar se continuă totuşi să se discute diagnosticul lor diferenţial. Un interes cu totul deosebit îl prezintă însă rezultatul cercetărilor de fizologie patologică, căci au condus la o nouă concepţie a mecanismului producător al accidentelor grave provocate de embolii. Se admite în prezent că o turburare reflexă neuro-vegetativă este cauza complicaţiilor ivite în emboliile arterelor membrelor, iar în ceeace priveşte infarctele viscerale, unii experimentatori, precum *Couvelaire* şi *Bargeton*, *Grégoire*, *Duval* socotesc că o bună parte dintre dânsele nu ar fi datorite emboliilor, ci turburărilor anafilactice sau anafilactoide; se tinde astfel să se scoată unele din aceste manifestaţiuni din patologia specială a fiecărui organ, aşezându-le în cadrul larg al patologiei generale. Se înţelege că interesul practic al acestor noui cunoştinţe este mare, căci s'a dat o altă orientare terapeuticei. Ne propunem să expunem o parte dintre noţiunile dobândite, căci dacă nouă ne-au servit la interpretarea simptomelor şi a evoluţiei clinice în 3 cazuri de embolie a arterelor membrelor observate în ultimii doi ani, ele pot servi în altele şi la stabilirea precoce a diagnosticului, de care depinde aplicarea grabnică a tratamentului, singurul în măsură să evite complicaţiunile grave. Ne vom ocupa mai întâi de emboliile membrelor.

Se ştie că dacă cuvântul grecesc *trombos* însemnează chiag, iar denumirea de *tromboză* a fost dată coagulării sângelui, produsă fie în inimă, fie în vase, termenul de *embolie* nu se aplică decât *chiagului de sânge pornit la drum din locul în care s'a format*, împins fiind mai departe de curentul sanghin. Trebue însă să adăogăm că alături de *trombo-emboliile* cari constituesc aşa zisele *embolii interioare*, iau loc *emboliile exterioare* formate din aer, particule de grăsimi şi tumori, de paraziţi ori de p roectile migratoare sau de alţi corpi străini insolubili introduşi în organism prin injecţiuni intramuschiulare. Sunt obicinuit *trombo-emboliile* cari se au în vedere ori de câte ori se vorbeşte despre emboliile arteriale, obstrucţia arterelor membrelor provocând *gangrene prin ischemie*, iar aceea a arterelor diferitelor organe, determinând *infarctele* — după concepţia clasică. O chestiune care trebue însă să fie dela început lămurită este acea a frecvenţei acestor embolii. Or, dacă există un acord asupra faptului că emboliile arterei pulmonare sunt cele mai adeseori întâlnite, venind în al doilea rând cele ale arterelor viscerelor, în ceeace priveşte emboliile membrelor se citează pretutindeni *Einar Key*, căruia ar reveni meritul de a fi atras atenţiunea încă din anul 1912 asupra numărului lor mare. *Haimovici* (din Marsilia), în importanta sa lucrare *«Les Embolies Arterielles des Membres», 1937*, despre care *Leriche* şi *Fiolle* spuneau în prefaţă că *«nici unul dintre cei ce se vor mai ocupa de aci înainte cu acest studiu, nu va putea să nu o consulte»*, împărtăşea opiniunea distinsului chirurg suedez. In schimb *Gallavardin*, *Paupert-Ravault* şi alţii au emis o opinie contrară, iar *P. Funck-Brentano* aducea, într'un recent articol (*Présse Méd.*, No. 88, 1939), o nouă serie de fapte clinice spre a dovedi că adeseori diagnosticul emboliilor este greu de făcut cu acela al trombozelor acute ale arterelor, citând în sprijin şi afirmaţiile lui *Samuel Silbert* (New-York), *Fontaine* şi *Langeron*, ultimul mergând chiar aşa de departe în cât spunea că *«embolia este cauza cea mai rară a obliteraţiunilor arteriale»*. Exageraţiunea reese însă în mod evident din statisticele în ultimul timp publicate. Aşa, din datele culese de către *Nystrom*, rezultă că numai în Suedia, între anii 1912 — 1934, diagnosticul de embolie s'a verificat în 382 cazuri, iar la Congresul italian de chirurgie, 1935, *Valdoni* studiase nu mai puţin decât 450 observaţiuni.

Emboliile membrelor sunt datorite trombusurilor formate în inima stângă, mai rar acelora din vinele pulmonare şi în mod excepţional în urma celor din anevrisme, arterio-scleroză şi chiar din inima dreaptă (emboliile paradoxale.) La noţiunea clasică după care cea mai mare parte dintre aceste embolii sunt consecutive unei cardiopatii, invocându-se în primul rând *stenoza mitrală* cu sau fără de fibrilaţie, iar în urmă *endocarditele acute*, s'a insistat în ultimul timp asupra *rolului miocarditei şi aceasta în special în determinarea emboliilor post-operatorii, a acelora apărute după faceri şi avorturi ca şi în cursul bolilor infecţioase, chiar atunci când pacienţii nu prezintă leziuni anterioare ale inimei şi nici turburări cardiace prea evidente în momentul examenului.* Dar un progres a fost realizat de curând şi în ceeace priveşte descrierea simptomelor şi în special în cunoaşterea diferitelor *forme clinice* ale emboliilor membrelor. Cum tabloul clinic al sindromului de obstrucţie arterială acută este în general cunoscut, ne vom mărgini a-i indica numai elementele: început brusc şi brutal, durere intensă, amorţeală, senzaţie de frig; semnalăm apoi celelalte semne obiective: dispariţia pulsului arterial, constatarea unei dureri localizate pe traectul segmentului embolizat (semnul lui *Aleman*), perceperea unui cordon corespunzător embolului şi cunoscutele turburări neuro-vasculare: modificări în circulaţia pielii şi scoborârea temperaturei locale; turburări de motilitate, sensibilitate şi reflexe. S'a acordat încă importanţă pentru stabilirea diagnosticului *capilaroscopiei, oscilometriei* şi *angiografiei* ca şi diferitelor probe propuse spre a se cerceta starea circulaţiei: proba băii calde a lui *Babinski* şi *Heitz* şi aceea a lui *Moskowicz*, dunga vaso-motorie (*Cosăcescu*), proba *Sandrock* (fricţiunea pielii cu alcool-ether), aceea a lui *Scot* şi *Morvon*, care cercetează răspunsurile vaso-motorii după blocajul anestezic al unor trunchiuri nervoase, etc.

Observaţiunile clinice în ultimul timp publicate au pus în lumină acest fapt, că emboliile arterelor periferice sunt departe de a avea întotdeauna un început brusc, iar ischemia nu provoacă de regulă gangrena membrelor. *Mac Kechnie* şi *Allen* între alţii, au arătat că cercetând 400 observaţiuni, ar fi constatat că sindromul a avut o evoluţie progresivă în nu mai puţin de 53% dintre cazuri. S'a izolat deci un tip clinic aparte, *emboliile cu obliteraţie progresivă a arterelor*, atribuite unui embol, care mic la început, se măreşte în urmă fie prin tromboză peri-embolică, fie prin trombus prelungit. Pe de altă parte *Fiolle* şi *Haimovici* au descris sub numele de *embolii anischemice* cazurile în cari simptomele grave dela început dispar repede şi continuă să persiste absenţa pulsului şi a oscilaţiunilor arteriale,

Emboliile latente constituesc o altă formă clinică, iar după *Bull* s'ar şti că ele se întâlnesc mult mai adeseori decât se crede dacă s'ar practica sistematic cercetarea arterelor periferice la autopsii. S'a dat apoi denumirea de *arterite embolice cronice* obstrucţiunilor arteriale vindecabile, dar în care persistă unele turburări angiospastice care se manifestă în clinică prin claudicaţie intermitentă sau turburări trofice. Cât este vorba despre *formele clinice asociate, Audier* şi *Haimovici* au deosebit cazurile în cari după stadiul arterial a apărut cel flebitic, de acelea în care elementul flebitic a copleşit simptomatologia arterială trecătoare, ori leziunile latente ale vinelor n'au fost observate decât la autopsii. Neapărat că formele clinice de curând descrise măresc dificultatea diagnosticului emboliilor periferice; de aceea *Mac Kechne* şi *Allen* sfătuiau medicii să examineze cu atenţie arterele pacienţilor ori de câteori aceştia se plâng de dureri în membre. Trei sunt afecţiunile care trebue să fie înlăturate: *tromboza arterială acută, spasmul arterial* — primitiv sau secundar trombo-flebitelor — şi unele *tromboze vânoase acute* care simulează emboliile. In general existenţa anterioară a unei cardiopatii şi multiplicitatea emboliilor pledează pentru acest ultim diagnostic, iar tratamentul simpatolitic trebue întotdeauna să fie încercat. Nu vom insista căci se întâlnesc adeseori cazuri greu sau chiar imposibil de recunoscut şi atunci, după tendinţa fiecăruia, se afirmă unul sau altul dintre diagnostice.

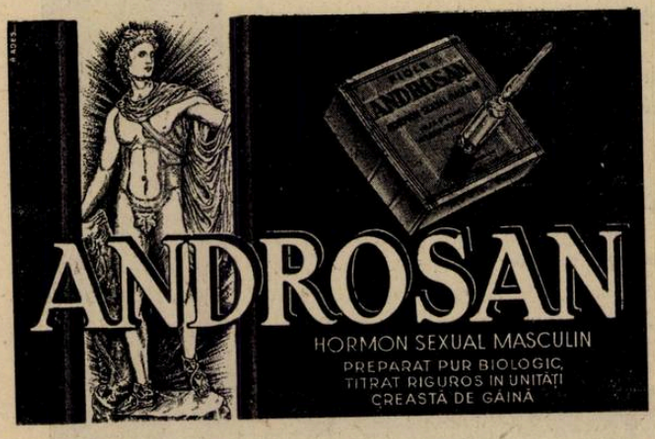
Chestiunea care predomină interesul cercetărilor recente privitoare la studiul emboliilor periferice o constitue fără îndoială fiziologia-patologică a turburărilor ischemice. Au ele o *origină mecanică* ori sunt de *natură nervoasă vaso-motorie?* Influenţa celei dintâi există, dar atât ligatura arterelor cât şi alte numeroase fapte anatomo-clînice au arătat că obliterarea unei artere principale dela un membru nu e suficientă spre a determina întodeauna o necroză şi nici spre a explica întinderea ischemiei observate: se restabileşte în aceste cazuri circulaţia prin intermediul *colateralelor*, desvoltându-se la început cele preexistente, iar în urmă anastomozele şi în special arteriolele muşchiulare. In schimb, o serie de experienţe începând cu acelea de mult practicate de către *Cohnheim*, au arătat că un spasm vascular se produce în urma emboliilor provocate ca şi prin excitaţia directă a pereţilor arterelor, iar în cursul intervenţiilor chirurgicale pentru embolii, s'a constatat adeseori existenţa necontestată a acestui spasm vascular. Lui *Leriche* îi revine însă meritul de a fi insistat asupra importanţei elementului nervos vaso-motor în producerea accidentelor ischemice, dovedind că în pereţii arterelor există un aparat nervos simpatic care ţine sub dependenţa sa nu numai circulaţia sângelui din trunchiul principal, dar mai ales a aceleia din colaterale, iritaţia sa determinând *reflexe vaso-constrictive* care au drept rezultat ischemia membrului. De unde pleacă însă excitaţia? Existenţa nervilor vaso-sensibili ai lui *Heger* ne mai fiind discutată, ceeace continuă să fie controversat este numai sediul receptorilor senzitivi: endoteliu vascular sau adventicea? Existenţa firelor nervoase sensibile sub-endoteliale fiind îndoelnică, iar în adventice existând fibre şi celule ganglionare cari la un loc constituesc un bogat plex peri-vascular cu numeroase ramificaţiuni sensitive şi chiar corpusculi paciniformi, majoritatea autorilor admit că o excitaţie prin distensie a acestui aparat nervos este cauza reflexului care determină vaso-constricţia în membrele embolizate. Dacă însă întinderea fenomenelor vaso-motorii indică existenţa unui reflex cu traect lung, se admite că centrii acestui reflex trebue să fie mădulari sau bulbo-mădulari, căci dacă se secţionează la un câine toţi nervii unui membru sau se smulge lanţul simpatic lombo-sacrat corespunzător, vaso-constricţia nu se mai produce. Cât este vorba despre fibrele vaso-motorii centrifuge, se ştie că la ieşirea lor din măduvă pătrund prin ramurile comunicante în simpaticul *catenar*, de unde ies în urmă prin ramurile post-ganglionare spre a se duce la vase direct ori prin intermediul nervilor rahidieni.

Dacă *distensiunea* plexului adventicial produsă la început de embolie este suficientă spre a explica vaso-constricţia dintr'un teritoriu vascular ca şi simptomele observate, se adaogă ulterior şi alte cauze care *întreţin* sau *măresc* turburările în circulaţie, primul loc fiind ţinut de *leziunile pereţilor arteriali* şi de *tromboza extensivă*. In ceeace priveşte cea dintâi, cercetările experimentale ale lui *Cornil, Mosinger* şi *Haimovici* au confirmat că leziunile sunt cu deosebire pronunţate după emboliile septice şi că, în toate cazurile, ele predomină în *stratul adventicial*, acolo unde de fapt se găseşte desvoltat şi plexul nervos; se ştie apoi că dacă o reacţie inflamatorie pronunţată poate să constituiască mai târziu ceeace *Fiolle* a numit «*la gaine*», chiagul obliterant poate determina cu timpul modificări asemănătoare cu cele constatate în arteritele obliterante; neapărat că *iritaţia continuă a firişoarelor nervoase este cauza menţinerii spasmului arterial în toate aceste cazuri*. Cât despre trombusul extensiv sau chiagul prelungit, deosebit de *trombusul secundar* care apare după cusătura peretelui arterial, el se formează la capetele embolului şi în special la cel periferic, mărind turburările în circulaţie prin astuparea colateralelor; s'au descris diferiţi factori, locali şi generali, care contribue la formarea lor, explicându-se astfel şi rezultatele aşa de diferite ale obstrucţiilor; semnalăm: sediul şi întinderea embolului, hipotensia consecutivă slăbirii miocardului, prezenţa embolului însuşi care prin fermenţi ori produşi de desintegrare măresc coagulabilitatea sângelui, vârsta, starea anterioară a pereţilor vasculari ca şi aceea a bolnavilor, etc. Ne vom ocupa ulterior de tratament, adică de noţiunile cari decurg din constatările până acum descrise; vom continua acum cu expunerea cunoştinţelor noi privitoare la emboliile viscerale, începând cu cele ale plămânului.

Obstrucţia ramurelor arterei pulmonare determină ceeace s'a descris pe vremuri *apoplexie pulmonară*, iar în prezent sub numele de *infarct*, termenul dintâi implicând ideea de ceva repede, brusc înfăptuit, iar cel de-al doilea însemnând *infiltraţia de sânge* în parenchimul organului *(în facere)*. Trombusul din emboliile pulmonare este format în inima dreaptă sau în vine. In primul caz el are drept obârşie *staza* sau *infecţia endocardică; Laubry* crede însă, că multe dintre infarctele plămânilor ar fi datorite şi *congestiei pasive* sau *arteritei pulmonare*, explicându-se astfel frecvenţa lor în cardiopatiile inimei stângi. Cât este vorba de trombusurile din vine, ele se observă după operaţiuni, avorturi, faceri şi alte infecţiuni generale; cum însă ele au fost observate şi după *operaţiuni aseptice*, unii autori le-au atribuit amigdalitei, gripei, ori infecţiunilor cu coli sau enterococ. *De Martel* recomandând chiar să nu se opereze pacienţii la cari există o polinucleoză de peste 70%; sunt însă alţii cari le recunosc drept cauză agresiunile traumatice sau acţiunea toxică a produşilor de desintegrare din plăgile operatorii, injecţiunile intra-vînoase sau modificările compoziţiei sângelui de după intervenţiuni, staza generală consecutivă hipotensiunei post-operatorii ca şi repausul prelungit în pat, care după *Hawlicek* ar favoriza între altele trecerea sângelui port în cel cav, cel dintâi având o compoziţie deosebită şi fiind mai toxic. Amintim că *Leriche* admite şi un factor constituţional, care după *Bardin* ar putea fi starea de hipervagotonie. Un progres a fost realizat de asemeni în cunoaşterea formelor clinice, dar mai ales în explicarea mecanismului producător al infarctelor pulmonare. Se deosebeşte acestora *formele uşoare, mijlocii* cu simptomele clasice *şi formele grave* care pot avea 4 înfăţişări deosebite: *forma sincopală*, o alta *anginoasă*, care determină moartea în 4—5 zile, pacienţii dispneici şi palizi având senzaţia de moarte iminentă, apoi *forma asfixică* şi aceea care se prezintă ca un *colaps cardio-vascular* — singura care

Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

NEUROSEDATIVUL CU ACȚIUNE CONSTANTĂ



FIOLE INJECTABILE
INTRAMUSCULAR

FIOLE INJECTABILE
Intern: comprim. **Extern:** soluție, cremă

Repr. științifică pentru România: „S. I. F." s. a. r., București IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

poate să aibă o durată mai lungă. Se credea înainte că accidentele observate în clinică ar fi în raport cu volumul embolului şi calibrul arterei obstruate, dar lipsa de concordanţă dintre simptome şi constatările necropsice au condus la o serie de cercetări experimentale practicate de către *P. Bardin* din îndemnul şi sub auspiciile lui *Villaret* şi *J. Besançon*, admirabil expuse în teza sa: «*L'Embolie Pulmonaire*», 1937.

Experienţele lui *Bardin* au fost practicate pe câini după anestezie generală. S'a injectat în vâna jugulară perle de smalţ fără de plumb, modificările respiratorii fiind înregistrate grafic. Autorul a constatat că obstrucţia aproape completă a arterei pulmonare permite supravieţuirea săptă mâni şi chiar luni, în vreme ce grăunţele de 150 μ determină accidente acute şi moarte subită, iar cele mai fine un simplu şoc. O altă serie de experienţe a permis lui *Bardin* să controleze influenţa asupra accidentelor a secţiunilor nervoase, a administrării de substanţe farmacologice ca şi influenţa modificărilor umorale (acidoza şi alcaloza). Concluzia cercetărilor amintite este că, turburările datorite emboliilor nu sunt numai hidro-dinamice, ci ţin mai ales de un *reflex neuro-vegetativ*, cu turburări vaso-motorii, punctul de plecare fiind la nivelul arteriolelor pulmonare. Neapărat că, după intensitatea sa, reflexul poate fi mortal ori să determine numai turburări vasculare locale, în primul caz producându-se o inhibaţie a centrilor respiratori şi cardiaci, iar în cel de al doilea numai o vaso-dilataţie capilară supra-acută. Experienţele lui *Bardin* au limpezit deci şi chestiunea mult discutată a patogeniei *leziunilor anatomo-patologice* din emboliile pulmonare, arătând că infarctele sunt datorite unei *brusce vaso-dilataţii a capilarelor urmată de o hemoragie prin eritro-diapedeză (Ricker).* Nu vom insista asupra constatărilor aduse în sprijinul acestei afirmaţiuni. Ne vom mărgini să spunem numai că, secţionându-se la iepure pneumogastricul la gât, ori exitându-se chimic simpaticul, s'a izbutit deasemeni să se obţină leziuni asemuitoare infarctelor. Cât este vorba de natura reflexului vaso-motor în cauză, mulţi admit după *Ricker* «un spasm arterial generator de vaso-dilataţie distală reacţională, urmat de eritrodiapedeză». In ceeace priveşte infarctele albe din rinichi, splină şi ficat, ele s'ar deosebi de cele ale plămânilor prin tendinţa ce o au aceste organe de a realiza, sub influenţa a diferite cauze, o reacţie de tip exudativ, iar nu de tip degenerativ. Amintim că *Leroux* a susţinut că leziunile din bronhopneumoniile senile ar fi identice cu cele din infarctele infectate.

In o serie de cercetări de curând rezumate în volumul «*Les Embolies Cérébrales*», 1937, *Villaret* şi *Cachera* au pus în lumină reacţiunile vasculare consecutive emboliilor cerebrale. Autorii s'au servit de metoda *Forbes* şi *Wolff* modificată, la examenul microscopic al vaselor din pia-mater prin orificiul unei trepanaţii acoperit de sticlă, adăogând controlul micro-fotografic prelungit. S'a constatat că se produce în acest chip o «capacitate spasmogenă» de lungă durată, caracterizată prin spasme şi dilataţiuni arteriolare în jurul sau la distanţă de infarcte. Reţinem din aceste experienţe numai turburările vaso-motorii, căci au servit la alţi cercetători spre a explica formaţiunea infarctelor cerebrale, făcându-se analogie cu constatările din hemoragiile aceluiaş organ. Or, se ştie că *Rochaux* şi *Rosenblatt (Soc. Anat. Paris*, 1933), s'au făcut apărătorii opiniei care nu mai atribue aceste hemoragii ruperii de vase, ci diapedezei hematiilor. De altminteri s'a acordat în ultimul timp o mare importanţă turburărilor nervoase vaso-motorii şi spre a explica apariţia altor sindrome clinice. Aşa, *Besançon* şi *Jacquelin* au insistat asupra rolului pe care l'ar avea în producerea *hemoptiziilor tuberculoase* ca şi în al acelora *pur nervoase* observate la epileptici, după traumatisme sau la persoane cu instabilitate vaso-motorie. Nu se cunosc apoi *congestiile pulmonare consecutive colicilor renale sau hepatice* ca şi acelea însoţite de epistaxis? Nimeni nu mai pune acum la îndoială natura vaso-motorie a *oedemului acut al plămânilor* şi nu tot elementului nervos au fost atribuite *complicaţiile pulmonare post-operatorii* (atelectazia), cele ivite după *punctia plevrei* ca şi *leziunile intestinale din febra tifoidă?*. Factorul spasm mai este apoi invocat ca ajutător în producerile *infarctului miocardului*, iar *acţiunea injecţiunilor intra-arteriale*, de curând propuse, a fost explicată prin modificările circulaţiei produse de iritaţia endarterei. Este locul să amintim că în urma experienţelor sale, *Ricker* spunea că *dacă excitaţiile slabe ale vaselor sau nervilor provoacă o vaso-dilataţie, cele mijlocii dau o vaso-constricţie, iar cele puternice atât paralizia dilatatorilor cât şi a constrictorilor, provocând staza şi diapadeza globulelor rosii prin capilarele dilatate.*

Un interes cu totul deosebit îl prezintă experienţele lui *Couvelaire* şi *Bargeton*, cari la «*Soc. de Biologie*», 1933, au dovedit producerera de *pancreatite anafilactice* cu leziuni asemuitoare celor din celelalte infarcte viscerale. Sunt aceste cercetări cari au fost în urmă reluate de către *Grégoire* singur, iar mai târziu în colaborare cu *L. Binet* (1935) şi *Couvelaire*, rezultatul lor fiind expus în lucrarea «*Apoplexies Viscérales*», 1937 *(Grégoire* şi *Couvelaire)*. Autorii au provocat la diferite animale o sensibilizare generală cu o albumină streină (ser de cal), injecţia a 2-a, cea deslănţuitoare a accidentelor, fiind practicată ulterior la nivelul unui viscer ales; s'a isbutit să se producă în acest fel leziuni în *pancreas, intestin, plămâni, uterus* şi *testicul.* Aceleaşi leziuni au fost apoi produse prin sensibilizare locală (fenomenul lui *Arthus)*, iar de către alţii chiar fără de vreo sensibilizare, injectându-se direct în artere ori aşezându-se în jurul splancnicului ori a lanţului cervical toxine microbiene, polipeptide, substanţe arsenicale, etc. Accidentele obţinute în felul acesta au fost descrise de către *Lumière* sub numele de *anafilactoide*, dar se manifestă ca şi cele anafilactice în mod brusc, la fenomenele generale de şoc adăogându-se *leziuni viscerale identice cu acelea observate în infarctele consecutive obstrucţiunilor arteriale.* Se discută încă mecanismul de producere al accidentelor anafilactice, dar cum acestea se aseamănă cu cele care apar după excitaţia directă a simpaticului, li se atribue ambelor aceiaşi origină neuro-vegetativă. S'ar produce la nivelul endoteliului vascular reacţiuni fizico-chimice, care irită terminaţiunile nervoase ale simpaticului — regulator al tuturor fenomenelor care se petrec în mediul interior. Neapărat că este vorba şi în aceste cazuri de producerea de reflexe cu răsunet asupra centrilor şi turburări vaso-motorii consecutive. Spre a fi deosebite leziunile din organe de natură neuro-umorală de acelea produse prin embolii, *Grégoire* a revenit asupra termenului de mult întrebuinţat, dându-le numele de *apoplexii seroase* şi *hemoragice*, în raport cu stadiul lor evolutiv. Existenţa lor în clinică este pusă în afară de îndoială de faptele anatomo-clinice publicate. Cât este vorba despre agentul sensibilizant se ştie că el poate să fie *hetero-*, dar mai ales *auto* sau *endogen. P. Duval*, în colaborare cu *Binet* şi *Roux (Présse Méd.* 92, 1936 şi 19, 1937), au pus în lumină acţiunea polipeptidelor, iar *Ungar* n'a atribuit rol mare histaminei, constatată în infarcte ca şi după excitaţiile splancnicului sau a diferite alte elemente nervoase?

Neapărat că nouile concepţiuni expuse privitoare la patogenia accidentelor embolice ca şi a diferitelor alte sindrome clinice a avut o mare înrâurire asupra aplicării tratamentului, aşezând aceste manifestaţiuni pe un plan de actualitate. Spre a face să dispară spasmul reflex din emboliile membrelor s'au recomandat *injecţiunile cu acetylcholină* simplă sau asociată cu *papaverină* ca şi cele cu *eupaverină*, ultimele practicate intra-vînos, cu fiole de 003 centigr. şi repetate la interval de 3 — 4 ore timp de 3 zile *dacă acţiunea lor se dovedeşte a fi eficace la 15 — 20', după primele două injecţiuni. Leriche* a propus *infiltraţia*

anestezică a simpaticului catenar, iar *Langeron, radioterapia pe regiunea supra-renală-* (4 şedinţe de 1000 R, fiecare — 500 R. de fiecare latură — la interval de 48 ore, numărul lor putând fi de 4 — 5, dar la interval de o lună. *Questions Cliniques d'Actualité,* Sergent, 1934 şi *Prèsse Méd.* No. 70, 1939). Amintim numai de *trombotripsie,* căci masagiul arterei este socotit actualmente ca ineficace ori vătămător. Cât este vorba despre *tratamentul chirurgical,* cea dintâi metodă întrebuinţată a fost *embolectomia;* din numeroasele publicaţiuni apărute rezultă însă că spre a fi eficace *trebue să fie practicată în primele 10 — 12 ore* şi la nevoe complectată prin o simpatectomie peri-arterială, iar starea generală a bolnavului să permită operaţia, care cere timp. In toate celelalte cazuri se recomandă să se practice *arteriectomia,* care determină vaso-dilataţia activă prin suprimarea aparatului nervos adventicial, căruia sunt atribuite accidentele. Cea de a treia operaţie este *simpatectomia lombară sau cervicală,* recomandată când circulaţia nu s'a restabilit în urma celorlalte metode aplicate ca şi în anumite localizări ale embolului, în vreme ce *amputaţia* se practică numai atunci când tratamentul conservator n'a dat nici un rezultat. Oricare ar fi însă metoda întrebuinţată, se recomandă să se recurgă întotdeauna şi la infiltraţie sau la eupaverină, căci servesc adeseori a domoli violenţa şi gravitatea accidentelor ivite după emboliі. Cât priveşte tratamentul emboliilor viscerale, variază după organe. In emboliile plămânilor el nu este decât simptomatic, operaţia lui *Trendelenburg* (arteriotomia), nefiind preconizată de către *Nystrom* decât atunci când cauza bolnavului este pierdută. *Bardin* a recomandat ca *tratament preventiv* al acestor emboliі asociaţia efedrină, atropină şi bicarbonat de sodă. In celelalte emboliі ca şi în accidentele atribuite anafilaxiei, s'a recomandat administrarea de morfină şi mai ales de adrenalină în cantităţi mari *(Soulié* a injectat în vine, într'un caz nu mai puţin decât 11 miligrame în 4 ore!), ori tratamentul desensibilizant. Neapărat că atunci când chirurgul intervine el are în vedere nu cauza, ci efectul. S'a insistat însă mult asupra influenţei anesteziei în aceste cazuri, mulţi atribuindu-i chiar unele dintre succesele operatorii.

In o practică medicală îndelungată am avut ocaziunea să întâlnim adeseori emboliі viscerale, fie în clinică, fie la necropsii; numai în ultimii doi ani am observat însă şi *3 cazuri de emboliі ale membrelor* la adulţi între 50 — 60 ani. In primul caz am fost chemaţi în consultaţie de către medicul curant împreună cu d-nii d-ri *Cosăcescu* şi *Roşculeţ,* la 5 — 7 zile după apariţia unei emboliі a femoralei drepte; cel de-al doilea bolnav, care suferea de aceeaşi afecţiune cardiacă, a făcut în August 1937 o hemiplegie dreaptă, în Oct. 1939, o embolie la membrul inferior drept, iar la 21 Ianuarie 1940, la membrul din latura opusă, fiind examinat între alţii de către d-nii d-ri *Dimitriu* (Vălenii-de-Munte), *Ionescu-Siseşti, B. Teodorescu* şi *Drăgănescu ;* însfârşit ultimul fusese îngrijit de către un medic din cartier, iar d. dr. *C. Dimitriu,* chemat în consultaţie, a stabilit diagnosticul de *infarct al miocardului,* sprijinit pe intensitatea şi durata durerii precordiale ca şi pe brusca scădere a tensiunei arteriale. La 7 zile în urmă s'a ivit brusc *o embolie a arterei subclaviculare stângi.* Văzut în a 33-a oară dela apariţia acestei complicaţiuni, pacientul a fost internat la Spitalul Brâncovenesc unde a căzut în comă după 4 ore spre a înceta din viaţă după alte 24 de ore. Membrul superior stâng era rece, insensibil şi prezenta lividităţi până la nivelul cotului; regiunea tenarienă avea o culoare negricioasă; nici o oscilaţie la braţ. Era vorba în acest caz de *forma emboligenă a infarctului miocardic (Gallavardin , Gravier* şi *Lesbros, 1927).* Observaţiuni care să aibă această etiologie sunt rare şi *Laubry* spunea cu drept cuvânt, că dacă apariţia emboliilor poate uneori ajuta la stabilirea diagnosticului de infarct, altădată când atenţiunea medicilor nu este atrasă, diagnosticul rămâne în suspensie. *Lechelle* şi *Boucomont* (Présse Méd., No. 22, 1931), au dat biografia cazurilor până atunci publicate. Au mai fost comunicate observaţiuni de către *Donzelot* şi *Doumer,* iar mai de curând *Roch* (Prèsse Med., No. 6, 1939) şi *Gravier* şi *Dumond* (Soc. Méd. Hôp.-Lyon, 1939), au făcut cunoscut noui cazuri, în cel de pe urmă embolia fiind localizată în *artera subclaviculară dreaptă.*

Ceeace este cu deosebire de reţinut din cele 3 observaţiuni personale de emboliі ale membrelor este că, în cazul al doilea în care obstrucţia arterelor a fost recunoscută la timp şi s'a aplicat grabnic tratamentul medical, consistând în injecţiuni repetate de acecholină şi papaverină, s'a obţinut vindecarea, în vreme ce în celelalte cazuri în carі pacienţii au sucombat în urma progresiunei gangrenei membrelor, *nu se recunoscuse la timp emboliile* deşi se manifestaseră totuşi prin simptomele clinice clasice. Reese de aci interesul pe care-l prezintă repedea stabilire a diagnosticului ca şi cunoaşterea noţiunilor de fiziologie patologică de curând dobândite, căci dacă ultimele au dat o altă interpretare turburărilor observate în emboliі şi au introdus în clinică metode noui terapeutice, eficacitatea acestora depinde de *precocitatea executării lor.* Este tocmai această latură practică a chestiunei asupra căreia am dorit să insistăm.

REVISTA CARŢILOR

Emille Sergent: Suppurations Bronchiques Pulmonaires, Pleurales et Mediastinales (*Masson 1940*).

O carte scrisă de profesorul Sergent are nevoie să fie recomandată publicului medical românesc?

Numele autorului este mai presus de orice recomandaţie; lucrările profesorului Sergent sunt prea cunoscute la noi pentru ca o carte nouă să nu fie citită de către toţi medicii români.

Imi fac totuşi o deosebit de plăcută datorie, ca, după ce am cetit cartea aceasta, să arăt în câteva cuvinte importanţa ei atât pentru medicul şi chirurgul specializat în patologia aparatului respirator cât şi pentru practicianul căruia nu-i trebue să-i lipsească noţiunile elementare asupra supuraţiunilor pulmonare.

Această lucrare reprezintă quintesenţa observaţiunilor unui om care a dovedit că ştie să observe; este rezultatul unei îndelungate şi laborioase experienţe.

Profesorul Sergent arată importanţa unei strânse colaborări medico-chirurgicale şi rezultatele acestei colaborări atât din punct de vedere ştiinţific cât şi pentru folosul bolnavilor.

Consideraţiunile generale şi elementele fundamentale de diagnostic ale afecţiunilor pulmonare netuberculoase nu sunt pentru majoritatea medicilor noţiuni noi, însă fiecare se va simţi mai stăpân pe chestiune după ce va fi citit acest capitol.

Supuraţiile bronchice şi parenchimatoase; coexistenţa celor două leziuni denumite: bronşectazii abcedate, abcese bronşectazice, după timpul şi modul în care ele se asociază formează motivul unui interesant capitol de patologie pulmonară.

Terapeutica medico-chirurgicală rezultată din colaboraţia medicului şi a chirurgului este pusă la punct în lumina actuală.

Medicii şi chirurgii cari vor citi această carte vor găsi unii confirmarea concepţiilor lor personale asupra supuraţiunilor pulmonare iar alţii sugestiuni ce le vor deschide drumuri noui pentru discuţiuni interesante.

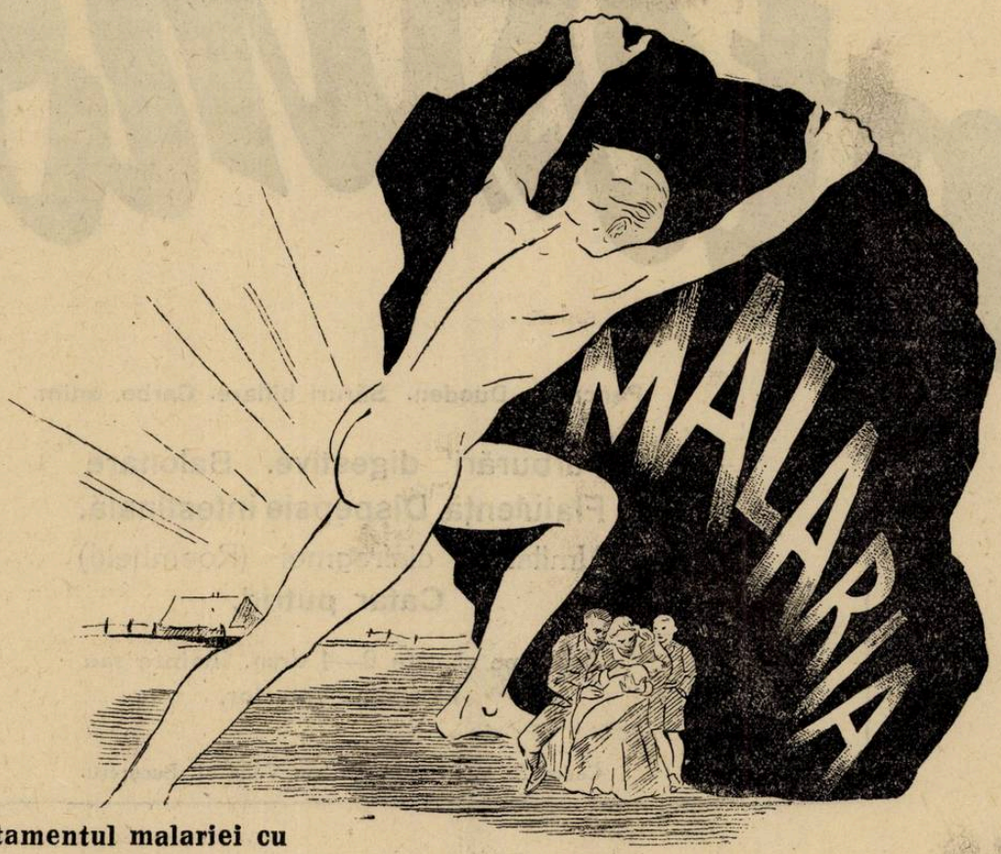
Dr. T. MOISESCU

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux par A. Ravina. Quatorzième année, 1939. *Masson et C-ie,* Un volum de 204 pag . . . . . $ 0070.

A apărut cu aceeaşi exactitate ca şi în anii precedenţi.

Este o culegere în care au fost grupate şi rezumate pentru practician toate faptele noui de ordin treapeutic publicate în cursul anului 1939.

Această lucrare contribue deoparte să facă cunoscute toate technicele noui de aplicare imediată şi uşoară; pe de alta, să indice orientările actuale ale terapeuticei.



Tratamentul malariei cu

ATEBRIN

este scurt: 5—7 zile;

simplu: 3 tablete pe zi

radical: efect terapeutic desăvârşit, cu o cotă mică de recidive.

fără pericol: fără efecte secundare. Indicat şi în timpul sarcinei.

Se asociază eventual o cură cu preparatul gametocid **PLASMOCHIN**

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucuresti I. Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18, Tel: 37-22.

Intestinol

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Carbo. anim.

Turburări digestive. Balonare
Flatulenţă. Dispepsie intestinală.
Umflarea diafragmei (Roemheld)
Catar putrid.

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor,

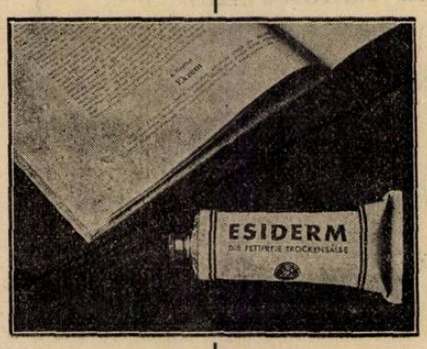
Codex S. A. R. Calea Şerban Vodă 41. Bucureşti.

ESIDERM

ZnO., Talc, Terr, Silic. Glicerină, Aqua. dest.

Pastă uscată cu apă

Toate eczemele pe piele grasă mai ales la seboreici. — Piele intolerantă la grăsimi. — Acnee, vulg., rosacee. Dermatite (numai uşor zemuinde)



Pe când în tratamentul acestor afecţiuni cu pomezi grase se ajunge repede la o blocare a secreţiei, şi la retenţii şi astfel la o întârziere a vindecărei, tratamentul uscat cu Esiderm produce o scădere a fenomenelor congestive şi o vindecare rapidă. Se întinde în strat uniform şi se lasă să se usuce. Un pansament nu este necesar. — Esiderm-ul se şterge cu apă. — Tub. 40 g.

Desitin - Werk Carl Klinke, Hamburg 19

Primul caz de febra butonoasa (febra exantematică de Marsilia)

observat în Bucureşti

de Medic Colonel POPESCU C. şi Medic Maior PANAITESCU Gh.

Febra butonoasă, numită astfel de către *A. Conor* şi *A. Bruch*, cari pentru prima dată au descris-o în 1910 la Tunis, este una din numeroasele entităţi morbide, cuprinsă în marea clasă a febrelor exantematice, numite şi Rickettsioze.

Pentru o mai bună edificare asupra acestor entităţi morbide destul de numeroase, dăm mai jos, după profesorii *M. Ciucă* şi *C. Ionescu-Mihăeşti*, tabloul rezumativ al caracterelor febrelor exantematice:

Tablou rezumativ al caracterelor febrelor exantematice *(Rickettsiozele)* [1]

BOALA	Agentul patogen	Rezervor de virus	Vector	Boala aparentă la cobai	Boala inaparentă la cobai	Reacţia Weil-Felix
1. *Tifusul exantematic istorie* (epidemic)	Rickettsia Prowazeki (da Rocha Lima 1916)	omul	*păduchele*	+	+	OX_{19} constantă OX_2 mai rar OXK negativă
Boala lui Brill	Rickettsia Prowazeki.	omul	*păduchele*	+	+	OX_{19} constantă OX_2 mai rar OXK negativă
2. *Febra de tranşee* (Febra de Wolhinia, febra de 5 zile)	Rickettsia quintana (Rickettsia pediculi) (Töpfer 1916)	omul	*păduchele*			
3. *Tifusul exantematic murin (endemic)*. Tabardillo (Mexic). T. exantematic Manciuria. T. exantematic Australia. Insulele Malaeze („Shop"). Toulon, India, etc.	Rickettsia mooseri (Monteiro) 1931.	şobolan	*purecele*	+ vaginalita	+	OX_{19} constantă OX_2 mai rar OXK ? sau negativă
4. *Febra butonoasă* (Febra exantematică de Marsilia).	Rickettsia conori (Brumpt 1932).	Câine, rozătoare sălbatece şi domestice.	Căpuşa câinelui *Rhipicephalus sanguineus*	+ vaginalita	+	OX_{19} OX_2 apariţie târzie OXK îndoelnică
— Febra de căpuşe din Kenia.	idem	şobolan	căpuşe	id.	id.	id.
— Febra de căpuşe Sud-Africană (Tickbite-fever).	idem	rozătoare sălbatice	idem	id.	id.	id.
Febră de căpuşe Indiană.	?	?	?	id.	id.	id.
5. *Febra Munţilor Stâncoşi* din America.	Rickettsia Ricketts ı (Wolbach 1919).	rozătoare	*căpuşa: Dermacentor Andersoni*	+ vaginalita	+ +—	X_{19} X_2 XK inconstantă
— *Tifusul de la San-Paulo*.	Rickettsia brasiliensis. (Monteiro 1931)	rozătoare	căpuşa: *Amblyoma cajennense*	+ rar vaginalită.	-- ?	OX_{19} constantă OX_2 } reacţie slabă şi mai puţin frecventă OXK }
6. *Febra fluvială din Japonia şi Sumatra* (Tsutsugamushi).	Rickettsis orientalis (Nagayo 1930)	rozătoare sălbatice şoarece de câmp, păsări (?)	*Acarian*. Trombicula agamushi	—	+	*OXK pozitivă* OX_{19} şi OX_2 negative.
— Febra de acarieni din Insulele Malaeze (Pseudotifus din Delhi).	idem	şobolan	Acarieni			Idem.
— Tipul „Scrub"	?	?	idem			„
— Tifusul de acarieni indian.	?	?	idem			„
— Febra de acarieni australiană.	?	?	idem			„
—„Scharabeule" (Rusia).	?	?	?			?

Am grupat febrele exantematice, ţinând seamă mai ales de agentul vector: păduche, purece, căpuşe, acarieni.

1) Extras din „Starea actuală a vaccinaţiunii contra tifusului exantematic", România Medicală Nr. 4, 1940.

Febra butunoasă a fost observată şi descrisă în mai toate ţările din bazinul mediteranian (Italia, Franţa, Spania, Portugalia, Grecia, Maroc, Tripolis, Algeria, Alexandria).

In 1925, *Olmer* descrie o boală endemică, sezonieră, caracterizată prin febră, exantem şi enantem, în oraşele din sudul Franţei (Marsilia, Nissa, Cannes), denumind-o *Febra exantematică de Marsilia*. In acelaş timp, *I. Pierri* şi *Brugèas*, descriu sub denumirea de «*tache noire*», leziunea caracteristică care constitue punctul de inoculare al boalei.

In 1930, *Conseil* şi *Durand* dovedesc în mod experimental că transmiterea virusului febrei butunoase se face prin înţepătura căpuşei câinelui, *Rhipicephalus sanguineus*.

In România, primele cazuri de febră butonoasă, se pare că au fost observate la Constanţa de către d-rii *Saraphide* şi *Bârzănescu*, încă din anul 1910. Ea a fost însă precis diagnosticată cu ocazia epidemiei apărute la *Constanţa în vara anului 1931*. Această epidemie, care a *dat 34 de cazuri de îmbolnăvire*, a fost studiată clinic, anatomo-patologic şi experimental de către profesorii *Combiescu, Zota* şi colaboratorii.

Prin cercetările făcute în Spitalul Central, la bolnavii justiţiabili de pyretoterapie, înlocuindu-le virusul acestei boale, *Prof. Combiescu* a confirmat în mod sigur, că este vorba de o epidemie de febră butonoasă, identică cu cele descrise de ceilalţi autori străini. D-sa a confirmat cercetările făcute de ceilalţi experimentatori, demonstrând în plus, că acea «*tache noire*» (punctul de inoculare al virusului) este un adevărat şancru de inoculare. *A reprods experimental acest şancru de inoculare*, prin injectarea virusului intradermic. A arătat că, câinele face o *infecţiune inaparentă, constituind rezervoriul de virus al acestei boale.*

Febra butonoasă este o boală epidemică, necontagioasă, dela om la om, infecţiunea transmiţându-se întotdeauna prin înţepătura căpuşilor de pe câinii infectaţi, având în general o evoluţie benignă.

Ea este caracterizată prin *curba ei termică*, durata perioadei febrile fiind de 10 — 12 zile; prin *exantemul maculopapulos, butonos* şi prin *şancrul de inoculare*, acea «tache noire» tipică, însoţită de adenopatia corespunzătoare, devenind un simptom quasi-patognomonic al acestei infecţiuni.

In ţară la noi, singurul focar cunoscut este în oraşul Constanţa, unde boala pare a fi devenit endemică, deoarece aproape în fiecare vară se semnalează cazuri noui. Ca agent patogen al boalei, a fost descrisă o Rickettsie (Rickettsia Conori descrisă de *Brumpt* în 1932) pusă în evidenţă în leziunile cutanate şi scrotale (la cobai). *Reacţia Weil-Felix* practicată cu Proteus X 19

este pozitivă, deobiceiu însă tardiv, în convalescenţă.

Cazul observat de noi în Bucureşti, se referă la «D-na Maior B., în vârstă de 35 ani, care în ziua de 31 August 1938, se prezintă la Serviciul Contagioşi, unde ne consultă pentru un Erizipel al pielii capului. Nu prezintă nimic important ca antecedente heredo-colaterale, iar ca antecedente personale, scarlatină şi pojar în copilărie.

ISTORIC: In cursul lunei August 1938, D-na B. a fost la Constanţa şi a urmat o cură de băi de soare la plaja «Trei Papuci». In ziua de 28 August a simţit dureri în regiunea retroauriculară stângă, unde i-a apărut un ganglion mărit cât un sâmbure de măslină, dureros mai ales la palpare, pentru care a consultat un medic din localitate. In ziua următoare a consultat încă un medic, deoarece începuse să i se tumefieze şi ţesuturile regiunei retroauriculare stângi, fiind dureroase cu deosebire la presiune.

Bănuindu-se o mastoidită şi recomandându-i-se să facă o radiografie, se înapoiază imediat la Bucureşti şi în ziua de 30 August, când i se face la Spitalul Militar «Regina Elisabeta», în Serviciul Radiologic, radiografia mastoidei stângi, care arată o mastoidă normală. In acelaş timp consultă pe medicul de specialitate din serviciul «O. R. L.», care constată un erizipel al pielei capului, pentru care i se recomandă să urmeze tratamentul cu sulfamide.

A doua zi, 31 August, fenomenele morbide neamendându-se, erizipelul cuprinzându-i şi regiunea fronto-parieto-temporală, consultă pe unul din noi la Serviciul de Boli Contagioase, cu care ocazie îi confirmăm diagnosticul de erizipel. Îi menţinem tratamentul cu coloranţi azoici deja prescris, şi-i adăogăm tratamentul simptomatic, care se obişnueşte în această boală. In tot acest timp temperatura a oscilat între 37°,5—38°,2.

La 1 Septembrie, starea generală agravându-se bolnava fiind obligată să păstreze patul, o vizităm la domiciliul său. Cu această ocazie constatăm, că deşi placardul erizipelatos al pielei capului cedase aproape complect, iar cel al feţei începuse să pălească, bolnava prezenta febră ridicată (39°,4) şi un frison puternic; avea ameţeli, cefalagie, curbatură cu artralgii accentuate. Prezenta o stare tifică, cu insomnie; stare de nelinişte, cu subdelir în cursul nopţei şi frisoane repetate, dând spectacolul clinic al unei stări septicemice.

Examinând-o atent, constatăm o erupţie maculo-papuloasă, discretă, rar diseminată pe regiunea dorsală a mânei drepte. Nimic altceva obiectiv din partea celorlalte organe, afară de uşoară jenă la palparea veziculei biliare.

In ziua de 3 Septembrie examinând-o din nou, constatăm că erupţia semnalată cu două zile înainte s'a generalizat pe toate tegumentele. Bolnava prezintă pe membre, torace, abdomen, faţă ca şi pe palme şi regiunile plantare, o erupţie bogată, polimorfă, unele elemente fiind constituite din macule de mărimea unei gămălii de ac, care dispar la presiune, altele din papule de mărimea unui bob de linte, toate fiind despărţite între ele prin porţiuni de piele sănătoasă. Limba saburală, uscată. Temperatura 39°2, pulsul 80 pe minut, bine bătut. Nimic a. normal din partea celorlalte organe.

Având în faţă tabloul simptomatic descris mai sus, constituit din triada tipică a febrelor exantematice: febră, simptome nervoase şi exantem, ne-am pus întrebarea dacă nu ne aflăm în faţa uneia din aceste febre. Bănuiala ne este repede confirmată, deoarece din ancheta pe care o facem la patul bolnavei constatăm, că în cursul lunei August a urmat o cură de băi la plaja «Trei Papuci» din Constanţa, unde obişnuia să lase în nişte cabine rudimentare de lemn, vestmintele şi un voal cu care îşi înfăşura părul. La întrebările puse de noi, ne confirmă că pe plajă se găseau frecvent câini, dar în nici un moment n'a observat pe corp o muşcătură de căpuşe şi nici căpuşe.

Examinându-i cu atenţie tegumentele pe pielea capului, în regiunea occipito-parietală stângă constatăm o escară necrotică, de mărimea unui bob de porumb, acoperită de o crustă negricioasă, care nefiind dureroasă a fost complet ignorată de bolnavă.

Prezenţa acestei pete negre, deci a şancrului de inoculare, ne confirmă că este vorba de «o febră butonoasă», contractată la Constanţa, unde această boală a devenit şi la noi endemică.

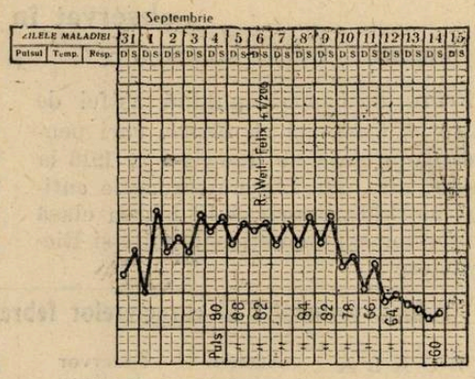
Diagnosticul clinic ne este dealtfel confirmat bacterologiceşte, prin sero-reacţia «Weill-Felix», executată a doua zi în Institutul Cantacuzino, aceasta fiind pozitivă la titrul 1/200.

In zilele următoare, febra se menţine în platou până în ziua de 9 Septembrie, când începe să scadă în lysis, iar în ziua de 12 Septembrie, ea cade definitiv la normal. In acelaş timp starea generală se îmbunătăţeşte treptat, toate simptomele dispărând odată cu scăderea febrei.

Exantemul, în timpul perioadei de stadiu a devenit mai bogat, luând aspectul petechial. Bolnava a prezentat noui puseuri eruptive, iar unele din elementele papuloase vechi au devenit renitente la palpaţie, cu o bază uşor îndurată.

In momentul defervescenţei, exantemul încă florid, începe a păli îndată cu instalarea perioadei de convalescenţă, dispărând complet abia după trei săptămâni.

In rezumat, este vorba de un caz de febră butonoasă, complicat cu un erizipel al pielei capului şi al feţii.



După cum se vede din observaţia clinică, bolnava noastră a prezentat simptomatologia tipică a febrei butonoase: curbă termică, exantem şi şancru de inoculare. Diagnosticul însă a fost la început mascat prin evoluţia celei de a doua boale, erizipelul, care a avut ca poartă de intrare înţepătura de căpuşe de pe pielea capului, ignorată tot timpul de bolnavă.

Evoluţia primei infecţiuni a anticipat pe a celei de a doua, din cauza perioadei ei de incubaţie mai scurtă decât pentru cea de a doua. Simptomele clinice ale febrei butonoase, în special erupţia maculo-papuloasă foarte caracteristică, nerespectând faţa şi fiind foarte evidentă pe palme şi plantele picioarelor, ne-a determinat imediat să excludem posibilitatea unei alte infecţiuni, în cazul nostru a unei septicemii streptococice, care ar fi complicat erizipelul şi să căutăm simptomul clinic quasi-patognomonic ale febrei butonoase, la *«tache noire» sau şancrul de inoculare.*

Familia deşi foarte mulţumită de asigurările ce i-am dat, că nu este vorba de o septicemie sau altă boală cu evoluţie gravă, era nedumerită de diagnosticul pus, de care nu mai auzise. Aceasta o face să mai consulte şi alţi medici specialişti, consult din care de fapt n'a ieşit o complectă potrivire de vederi în ce priveşte diagnosticul.

Reacţia *Weill-Felix* pozitivă la titru 1/200, suficient de ridicat pentru a fi interpretat ca specific la o bolnavă în ale cărei antecedente personale ancheta ne-a permis să stabilim cu precizie prezenţa tifosului exantematic, a fost proba biologică de laborator, care ne-a confirmat în mod indubitabil diagnosticul nostru clinic.

Din punct de vedere al examenului de laborator, cazul nostru este interesant din cauza precocităţei pozitivării reacţiunei *Weill-Felix*, reacţiune care în această infecţiune devine pozitivă tardiv, în regulă generală în convalescenţă.

Manifestaţiuni abdominale dureroase în cursul boalei serului*)

de Conf. Dr. I. GAVRILĂ şi Dr. I. BRICIU

Boala serului se prezintă într'un procent destul de mare în cazurile injectate cu ser de animal, aproximativ în 35 — 45% a cazurilor.

Simptomele obişnuite ale boalei în aceste cazuri sunt fenomenele cutanate (urticaria, edemele), temperatura şi fenomenele articulare.

Mai rar se prezintă turburări cardio-vasculare, renale, nervoase, endocrine, adenopatii, etc.

Tot printre simptomele rare ale boalei serului sunt şi manifestaţiunile abdominale dureroase, care în cele mai multe tratate asupra acestui subiect nici nu sunt amintite. Cu toate acestea, aceste turburări abdominale se întâlnesc în cursul boalei serului şi ele au o importanţă deosebită, mai ales din punct de vedere diagnostic, putând partea la confuzie cu multe multiple manifestaţiuni dureroase abdominale (apendicite, peritonite), care necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă.

Noi avem ocaziunea în fiecare an de a observa turburări abdominale în cursul boalei serului aproximativ în 10 — 15 cazuri pe un număr total anual de 150 — 200 cazuri de boala serului. Ele se produc de obicei în acelaş timp cu celelalte simptome ale boalei serului (urticarie, edeme, temperatură, artralgii), însă mai rar simptomele abdominale survin după simptomele obişnuite ale boalei serului, când bine înţeles diagnosticul este mult mai delicat şi dificil.

Aceste manifestaţiuni abdominale ale boalei serului se pot prezenta sub diferite aspecte clinice:

a) Cele mai deseori, concomitent cu boala serului există o uşoară greaţă, dureri uşoare abdominale spontane, cu localizare diferită, fie în epigastru, fie în restul abdomenului, în acelaşi timp şi la palpare se constată o uşoară sensibilitate, pe locurile dureroase. Toate aceste turburări sunt pasagere, dispar destul de repede.

b) Alteori, manifestaţiunile abdominale îmbracă forma unei crize solare acute, începând în mod brusc cu dureri violente în epigastru sub formă de colici dureroase intense, dureri cari iradiază în întreg abdomenul, în acelaş timp bolnavul prezintă greaţă, vărsături, pulsul este frecvent, ipotonic, hipotensiune arterială, la palpare sensibilitate foarte dureroasă în epigastru, fără să existe defensă. Bolnavul este palid, prezintă o senzaţie de oboseală, de sfârşeală generală, sudori profuze, extremităţile sunt reci, poate exista ipotermie, starea generală poate fi foarte rea. Criza dureroasă poate dura câteva ceasuri, ea se poate repeta de mai multe ori în cursul boalei serului. Ea este de obiceiu acompaniată şi de alte manifestaţiuni serice, ceeace ne indică originea şi ne uşurează diagnosticul ei.

c) In alte cazuri manifestaţiunile abdominale constau în simptome pseudo-peritoneale sau simptome care imită afecţiunea unui alt organ abdominal, în special a apendicelui, şi bineînţeles că în astfel de împrejurări, diagnosticul ese desul de delicat, care însă este extrem de important, fiindcă de el depinde atitudinea terapeutică. Şi în aceste cazuri sindromul abdominal dureros începe destul de brusc cu greaţă, vărsături, dureri abdominale spontane, difuze asupra întregului abdomen; uneori durerile se localizează pe un anumit loc sau organ, loc care de altfel poate varia dela un moment la altul sau dela sensibilitate dureroasă destul de importantă asupra întregului abdomen, uneori cu o localizare predilectă asupra unei anumite regiuni sau organ: regiunea apendiculară, veziculară, renală, epigastrică, peri-ombilicală, etc., ceeace pretează la confuzie cu afecţiunile acestor organe. Insă ceeace este important în aceste împrejurări este că la palpare profundă nu există contractură şi defensă musculară.

Uneori există concomitent diarei, alteori constipaţie.

Pulsul este deobiceiu frecvent şi ipotonic, starea generală poate fi alterată.

Bineînţeles că în faţa unui astfel de sindrom dureros acut abdominal diagnosticul este destul de dificil. Conduita în fixarea diagnosticului şi terapiei va fi următoarea:

Dacă există o injecţie cu ser înainte cu 6 — 8 zile, dacă există în acelaşi timp şi alte manifestaţiuni serice (urticarie, etc.), dacă există o variabilitate în localizarea durerilor, dacă nu există numai o sensibilitate dureroasă abdominală, fără contractură muschiulară, atunci putem observa pe bolnav examinându-l cât mai des posibil şi aplicând tratamentul obişnuit al boalei serului. Foarte pobabil că în astfel de împrejurări să fie vorba de manifestaţiuni dureroase abdominale datorite boalei serului şi că ele vor trece împreună cu boala serului, uneori dispar mai repede ca boala serului.

Totuşi în unele cazuri este extrem de dificil de a fixa un diagnostic precis, este extrem de greu câteodată de a elimina cu siguranţă un diagnostic de apendicită, când localizarea dureroasă este constantă pe apendice. Alte ori iar este foarte dificil de a elimina un diagnostic de peritonită de origină pneumococică, ceeace adesea se observă la indivizii tineri. In cursul scarlatinei, în mod excepţional se pot produce peritonite purulente de origine streptococică, care iar pot preta la confuzie, când există în acelaş timp şi manifestaţiuni serice urticariforme.

Desigur că în toate aceste cazuri, manifestaţiunile abdominale sunt mai exprimate, durerile de obiceiu sunt mai intense, mai constante, există defensă musculară. Totuşi există cazuri de limită, unde diagnosticul este foarte dificil şi în aceste cazuri mai bine este de a recurge la o intervenţie chirurgicală, când dacă într'adevăr a fost vorba numai de o manifestaţiune abdominală serică, de un peritonism seric, se va constata o congestie intensă a peritoneului, o congestie a intestinului, a ganglionilor mezenterici, câteodată şi un uşor exudat seros sau sanghinolent. Prin intervenţie n'am stricat nimic bolnavului. Dacă a existat de fapt o apendicită sau leziunea unui alt organ, vom constata aceste leziuni.

Ne-am permis de a atrage atenţiunea asupra acestor manifestaţiuni abdominale dureroase, care adesea se prezintă în cursul boalei serului, mai ales pentru importanţa lor diagnostică şi deci terapeutică, ele foarte uşor putând face confuzie cu o apendicită, peritonită, etc.

*) *Lucrare din clinica medicală I-a Director: Prof. D. I. Haţieganu şi spitalul epidemic din Cluj Medic primar: Conf. I. Gavrilă.*

BIBLIOGRAFII

Hormones & hormonotherapie, par le Docteur Louis Moinson. Collection des Petits Précis, Un volum. . . . . 20 fr.

Această lucrare de 113 pagini este o punere la punct foarte precisă asupra acţiunei hormonilor cunoscuţi astăzi şi susceptibili de a fi întrebuinţaţi în terapeutica curentă.

Hormonii genitali şi hipofizari ocupă locul principal; unii dintre ei sunt de întrebuinţare curentă şi trebue bine cunoscuţi pentru a putea fi întrebuinţaţi cu folos.

Celelalte capitole sunt consacrate substanţelor oestrogene sintetice, hormonului cortico-suprarenal: desoxycorticosteronul, care deabia s'a născut, hormonului pancreatic şi unei noui aplicaţiuni a insulinoterapei în schizofrenii etc.

DIN VIAȚA PROF. MARCOVICI *)

de Dr. DORIN DUMITRESCU
Conferențiar la Facultatea de Medicină
Chirurg Primar la Institutul de Chirurgie
„Regele Carol II"

și

Dr. I. TĂNĂSESCU
Chirurg Secundar la Spitalul
„Prof. Cantacuzino"

Se împlinesc exact 80 de ani de când tânărul Markovits era extern în serviciul profesorului Velpeau la Spitalul Charité din Paris...

Pe vremea aceea se discuta la Biaritz în jurul suveranilor Franței despre Parisul modern, ca și despre consecințele morale ale transformării acestei capitale și se criticau petrecerile răsunătoare ce țineau până în zori de zi, balurile și aventurile mult comentate, substratul accentuat de sensualitate care domina cenaclele literare, ca și acel parfum nespus de subtil al farmecului femenin care învăluia toată activitatea aparentă a capitalei. Deodată, baronul Haussmann care ascultase toate aceste reflexiuni, a exclamat: «Dar bine, Sire, un Paris virtuos, chiar numai pentru 24 de ore ar fi cea mai mare nenorocire»...

Intr'adevăr, către anul 1860 se succedau la curtea imperială serbările celebre menite să întrețină capitala într'o stare de spirit cât mai veselă, să stimuleze cheltuielile și comerțul de lux; balurile mascate și costumate la prințul de Moscova, la contesa Walewska, ca și la alte personalități întreținеau o atmosferă artificială de veselie, unde nervii erau mereu îndreptați către tentație; la operă baletul și mai ales baletistele fermecau cu grația lor tinerească marea mulțime de admiratori; la Palais Royal, la Variétés, sau pe cele mai modeste scene de teatru sufla un vânt de galanterie care se continua noaptea până târziu la Mabille, Chateaux des Fleurs, la Casino Codet sau la micul Moulin Rouge.

In mijlocul acestei vieți sbuciumate, presărată cu intrigi, rivalități feminine și dueluri, pe care le comentează cu multiple detalii gazetele, se ridică gloria unei Adelina Patti ale cărei vocalize n'au fost întrecute niciodată ; strălucesc succesele D-rei Schneider în Orfeu în Infern; se comentează recepțiile fastuoase ale lui Offenbach, Rossini, Auber și Meyerbeer și se deschide capitolul celebru al manifestărilor muzicale ce culminează prin cele două reprezentații ale lui Tannhaüser.

Paralel cu acest vârtej al plăcerilor, viața politică transformă treptat regimul autoritar într'un imperialism liberal dominat de figurile reprezentative ale lui Thiers, Jules Fabre și Gambetta; criticele lui Sainte Beuve și Taine creiază curente noui în filozofie, romantismul ajunge la apogeu cu «La Légende des siècles» precum și cu operile lui Baudelaire și Leconte de L'Isle.

Dar în acelaș timp, în liniștea laboratoriilor și în sălile spitalelor se lucra cu asiduitate și se pregăteau descoperirile viitoare. Astfel Pasteur demonstrează că fermentația este datorită exclusiv unor organisme vii, descoperire a cărei importanță practică se cunoaște; Claude Bernard pune bazele fiziologiei moderne, Helmholtz descoperă oftalmoscopul și fixează cadrele oftalmologiei, Rokitansky prezintă anatomia patologică ca bază a cercetărilor fizio-patologice medicale; Wirchow ridică problemele patologiei celulare; Nélaton își câștigă un titlu de glorie prin practica ovariotomiei ; Semmelweis precizează cauzele infecției puerperale, etc., etc.

Pe vremea aceea de strălucire fără pereche, de lux, de petreceri, dar și de muncă continuă și disciplinată, și-a făcut tânărul Markovits primii pași în domeniul științei medicale a asimilat cunoștințele atât de noi ce răsturnau năvalnic zăgazele existente și ființa lui a fost dominată toată viața de acel amestec de știință, artă, austeritate și plăceri...

Pe atunci, externul Markovits își însemna cuminte lecțiunile clinice ale prof. Velpeau în aceste foi îngălbenite și înscria cu meticulozitate observațiunile zilnice, diagnosticul bolnavilor, tratamentul aplicat, ca și rezultatele obținute, cu o conștiințiozitate și un spirit de pătrundere a căror valoare se va vedea mai târziu. Aceste însemnări modeste trădează dorința de asimilare, de cunoaștere a noțiunilor atât de vaste ale științei medicale și dovedesc munca continuă în slujba bolnavilor, acel apostolat de zi și de noapte, pe care numai cei ce au făcut viața de spital — cu toate bucuriile și amărăciunile ei — îl cunosc. Sunt însemnări modeste unde se citește printre rânduri dorința de perfecționare care însuflețește pe tânărul Markovits — pe care Velpeau îl numește «ma petite perle» — însemnări pe cari să ne fie îngăduit să le oferim Societății Regale de Istoria Medicinei, ca să figureze alături de celelalte două caiete, donate mai de mult de d. Prof. Andronescu.

Elevul sârguitor — deși viața zbuciumată a Parisului își desfășoară cu o fantastică exaltare caleidoscopul tuturor tentațiunilor — reușește în acelaș an la concursul de internat cu medalia de aur și trece treptat prin serviciile lui Voisin, Jobert de Lamballe, Sée și Blanche. Apoi, ca elev favorit al lui Ch. Robin își susține în 1864 teza de doctorat și se reîntoarce imediat în țară unde i se încredințează neînsemnatul postul de medic al poliției sanitare.

Dar, calitățile fostului intern Markovits cultivată în acel mediu de înaltă cultură, izbucnesc cu toată furia tinereții și foarte repede el câștigă prin știință, poate prin distincțiunea sa înnăscută, prin înfățișarea sa expresivă, ca și prin surâsul său fermecător atât de apreciat, considerațiunea contimporanilor. Astfel în acelaș an este numit profesor de Medicină legală la școala Națională de Medicină, 3 ani mai târziu i se încredințează serviciul medical dela Spitalul Colțea și în fine, odată cu înființarea Facultății de Medicină ajunge Prof. de Clinică medicală și Dermatologie.

De abia acum începe Prof. Markovits să dea dovada talentului său neîntrecut, a inteligenței sale pătrunzătoare, ca și a personalității sale. Intr'adevăr ca profesor, Marcovici crescut în doctrina cea mai curată a medicinei franceze, a avut darul să desvolte în elevii săi simțul clinic, să prezinte din noianul noțiunilor medicale disparate și în parte arhaice, acel complex de adevăruri necesare pentru precizarea diagnosticului, să îmbie în modul cel mai fericit elementele teoretice cu cele practice, astfel ca învățământul să fie redat într'o formă cât mai limpede și atrăgătoare.

Dar Prof. Markovici nu s'a limitat să îndeplinească îndatoririle sale didactice, ci dimpotrivă era animat de acel foc sacru al învățământului, de acea dorință vie să transmită tuturor cunoștințele sale, să răspândească numai entuziasm și voie bună, să înconjoare tineretul studios cu atâta afecțiune, încât cursurile sale erau considerate adevărate sărbători dela cari nimeni n'ar fi vrut să lipsească. Această vâlvă făcută în jurul lecțiunilor clinice ale Prof. Markovici era explicabilă până la un punct prin marea lui erudiție, dar mai ales prin talentul său oratoric.

Astfel, contimporanii își amintesc acea voce bine timbrată, acea dicțiune limpede și precisă, condusă de o inteligență de prim ordin, care prezenta cuvintele într'un mod nespus de plastic. Explicațiunile sale erau presărate de exemple variate luate din mediul spitalicesc sau din clientelă și subliniate prin gesturi, vorbe și exclamații ce se întipăreau adânc. Adesea făcea apel la memorabilul creion de tâmplar cunoscut de generații întregi de stu-

*) Comunicare ținută la Soc. Rom. Regală de Istoria Medicinei în ziua de 8 Februarie 1940. Cu această ocazie s'a donat Societății un caiet cu însemnări zilnice ale Prof. M. pe vremea când era extern la Prof. Velpeau.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Convalescenţă
Debilitate
Anemie

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanţa generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, Bucureşti I,
Str. T. G. Masaryk 32

LABORATORUL „THERGAN", ARAD

Recalcifiant ideal

CALCOSAL iradiat
granule

Compoziţie: Ergosterină iradiată, Ca. lactic, fosforic, glicerofosforic, Extr. Kola şi Nux vomica.
Indicaţii: Debilitate, rachitism, T. b. c., pulmonară şi osoasă, Limphatism, fracturi, turburări de sarcină şi alăptare.
Posologie: Adulţi 2—3 linguri, copii 2—3 linguriţe, pe zi.
Cutii orig. 150 gr.—

Anemii pernicioase, anemii simple, debilitate, surmenaj, convalescenţă,

HEPATON SIROP

Compoziţie: Extr. Heparis, Extr. Lienis, Linquor Arsen Fowleri, Extr. Kola.
Posologie: Adulţi 3 linguri. Copii 2—3 linguriţe pe zi
Flc. orig. 150 gr.

Sedativ al tusei-anti-spasmodic

SEDATUSSIN - SIROP

Compoziţie: Tetraguajacolat de Calciu, Bromoform, Efedrină, Tripaflavin, Calciu bromat, Sirop Citri. Se administrează cu succes în toate afecţiunile acute şi cronice, astm, gripă, pneumonii, emphisem, tuse, convulsivă, T. b. c.
Posologie: Adulţi 3 linguri, Copii 3 linguriţe pe zi.
Flc. orig. 180 gr.

Tonic-Metalic

FERROCUTON SIROP

Compoziţie: Ferum sulfuricum, Cuprum sulfuricum, Na. kukodilicum, Acid chlorhydic.
Indicaţiuni: Anemii primare, secundare, chloroză, neurastenie.
Posologie: Adulţi 3 linguri, Copii 3 linguriţe pe zi.

Literatură şi eşantioane trimite la cerere—gratuit, «**THERGAN**». Industrie farmaceutică, Arad, Strada Ion Calvin No. 38. — Preparatele se găsesc la toate depozitele Engros de medicamente din Capitală.

denţi şi fixa pe tablă cu un deosebit talent câte un detaliu anatomic, topografic sau clinic, ce devenea astfel şi mai uşor de înţeles.

In acest mod prof. Markovici şi-a câştigat foarte repede o situaţie strălucită şi a fost chemat să reprezinte ţara la Congresul Internaţional de la Viena, unde a luat parte la discuţiunile asupra vaccinaţiunei şi a fost ales raportor pentru elaborarea unei legislaţiii împotriva maladiilor contagioase; la Congresul de medicină din 1875 de la Bruxelles, unde a luat parte la discuţiunile pentru înfiinţarea de maternităţi, a comunicat situaţiunea morală şi legală a alienaţilor şi a fost ales preşedinte de onoare al Congresului; la Congresul din 1879 dela Amsterdam, unde a fost din nou proclamat preşedinte de onoare, a adus preţioase contribuţiuni la studiul nefritelor; în fine în 1881, la Congresele dela Paris şi Londra.

Această carieră ştiinţifică ajunge la apogeu cu ocazia primului Congres medical român în 1883, unde a desvoltat înaintea celor mai de seamă reprezentanţi ai ştiinţei medicale, observaţiunile, concepţiile şi rezultatele sale terapeutice cu o vervă şi o claritate ce a stârnit admiraţia tuturor.

Deasemenea activitatea ştiinţifică a Prof. Markovici se desfăşoară în sânul Soc. Ştiinţelor Medicale, şi spiritul organizator şi clar văzător, determină apariţia acelei reviste bine cunoscute..

Dar, succesele Prof. Markovici şi competenţa lui indiscutabilă se împrăştie foarte curând în sânul marelui public şi o clientelă foarte numeroasă abundă în orele lui de consultaţii. Este medicul cel mai de seamă şi câştigă renume cu deosebire în diagnosticul boalelor. Totuşi multiplele sale obligaţiuni nu-i dau răgaz prea mult să se consacre clientelei şi un contimporan maliţios ne spune «când ţi-o zice Markovici că vine să te vadă Luni dimineaţa, să ştii că vine tocmai Sâmbătă seara şi tot să fii mulţumit fiindcă a fost chemat în 40 de locuri diferite şi tot la boieri d'ăi mari»..

In fine, Prof. Markovici, considerat ca om, a fost copleşit de acel complex de elemente sensitive, rămase din tinereţe şi un cronicar anonim din Ghimpele îl descrie astfel: «şi apoi a fost invitat să mănânce la boierul cutare să petreacă serata la boierul cutare, fiindcă din boieri nu mai iese... dacă n'ar fi cel dintâi doftor din Bucureşti, tot ar fi putut să fie al doilea avocat... valţează de minune, cântă puţin la pian»....

Toată fiinţa Prof. Marcovici a fost impregnată de o veselie exuberantă, de o nostalgie după eternul femenin, reminiscenţe din epoca de glorie a tinereţei, iar sufletul său desinteresat a cunoscut atât de bine umanitatea cu toate ascunzişurile ei.

Şi astfel au trecut mult prea repede zilele hărăzite de cel Atotputernic, iar Prof. Marcovici s'a stins în vârstă de 51 ani în urma unui ulcer duodenal cu hemoragie internă, 2 ani după Davila şi un an după Capşa.

Ne întrebăm şi noi dacă Eforia Spitalelor Civile, Facultatea de Medicină şi guvernul de atunci au ridicat după sugestiile Dr. Păunescu statuia lui Marcovici în faţa Facultăţei de Medicină şi câţi din elevii săi au aşezat în cabinetul lor portretul lui Marcovici, ca văzându-l zilnic să-şi aducă aminte de faptele şi învăţămintele lui.

REVISTA CARŢILOR

Prof. G. Marion: Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en Urologie II éme édition — Paris — *Edit. Masson*

«Adevăruri urologice» de astăzi, de mâine şi de totdeauna, a căror valoare ştiinţifică nu se va pierde cu timpul rămânând continuu valabile prin conciziunea şi claritatea lor lor, adevărate axiome cari trebue aplicate în domeniul urologiei, pentru precizarea diagnosticului şi instituirea unui tratament, numai în forma în care au fost expuse aşa de magistral de către profesorul Marion în această lucrare.

In cuvintele de introducere autorul consideră că se face o mare greşală atunci când bolnavii uro-genitali, sunt trataţi de către medici cari nu fac specialitate, atenuând în largă măsură semnele cardinale ale medicinei în cauză, iar urologul consultat în ultimul moment, oarecum dezarmat, va recunoaşte cu mai multă greutate boala, văzându-se lipsit de anumite simptome, pe temeiul cărora, altminteri, şi-ar fi orientat mult mai uşor diagnosticul său urologic. Recomandă deasemenea ca, la precizarea unui diagnostic este bine să se ţină seama mai mult de semnele fizice, (hematurie, piurie, etc.), fiind mai convingătoare, decât de semnele subiective (durere, senzaţie, etc.) cari sunt mai puţin valabile, şi variază cu fiecare bolnav în parte.

In conţinutul lucrării este trecută în revistă aproape întreaga patologie a rinicihului, uretrerului, vezicei, prostratei şi uretrei.

Maladiile renale chirurgicale sunt studiate în amănunţime iar «adevărurile» urologice se referă la cele patru sindrome importante şi anume: sindromul dureros, hematuric, piuric şi anuric.

Astfel în primul sindrom se precizează caracterele variate ale durerii, apoi maladiile febrile sau afebrile producătoare de durere, şi modalitatea de durere, şi modalitatea de a pune un dignostic prin diverse mijloace de cercetare ca: radiografia, intra-venoasă, diviziunea urinilor, cum şi alte posibilităţi de verificare renală.

Sindromul hematuric, hematurii provocate sau spontane, cu sau fără puroi, şi o listă întreagă de maladii cari se însoţesc în hematurie.

Piuria cu caracterele ei, maladiile piurice cât şi mijloacele de diagnostic, sunt studiate într'un capitol separat. Autorul insistă asupra greşelii ce se face adeseori de a se confunda piuria cu fosfaturia: examenul microscopic are ultimul cuvânt.

Acelaşi plan de studiu pentru sindroul auric, din care rearcăm: anuria de origină nervoasă este excepţională.

Urmează o serie întreagă de sfaturi sub formă de «adevăruri», unele mai folositoare şi mai judicioase de cât altele, dintre care nu trebue să uităm următorul sfat de importanţă nediscutată în patologia renală: de câte ori căutăm să punem un diagnostic şi să administrăm tratamentul cuvenit, să nu uităm niciodată de a ne informa, a explora şi a defini capacitatea funcţională a celuilalt rinichi, presupus sănătos.

Literatura urologică se îmbogăţeşte cu încă o lucrare, destul de succintă dealtfel, însă foarte valoroasă prin calitaeta conţinutului ei, adăogându-se astfel la nesfârşitul şir de lucrări ale ilustrei şcoale franceze de urologie. Este o lucrare foarte instructivă şi se impune a fi citită.

Dr. CONST. CHIRIŢ

Louis Caillon, Le livre du Rhumatisant collection le Livre du Malade, Médecin de l'Hôpital Thermal de Vichy, ancien Chef de Laboratoire de l'Institut Posteur de Tunis. Librairie Maloine, 27. rue de l'Ecole de Médecine, Pari-. Un volum 290 pages. . . . . 35 fr.

Prin frecvenţa şi prin consecinţele sale, reumatismul trebue considerat ca unul dintre cele mai importante şi în acelaşi timp cel mai neglijat dintre flagelele sociale.

Autorul a reuşit să expună în acest volum într'un mod pe cât se poate de limpede, pe atât de complect chestiunea atât de încurcată a acestei maladii lăsând la o parte tot ceeace este doctrină şi teorie, pentru a nu se consacra decât amănuntelor practice, în special celor referitoare la higiena şi regimul de care bolnavul se preocupă cu drept cuvânt. Cum o ordonanţă or şi cât de detaliată ar fi, nu poate să-i procure toate noţiunile necesare, această lucrare va fi pentru reumatizant o călăuză preţioasă, care va ajuta în mod foarte eficace pe medic.

„PROBLEME SANITARE"

Câteva note în legătură cu articolele D-lui Dr. I. Bordea

de Prof. Dr. P. TOMESCU

«*România Medicală*» a publicat în în cursul acestui an o serie de cinci articole ale d-luj dr. *I. Bordea*, intitulate «Probleme Sanitare. Orientări şi Desorientări»*).

Acest studiu are o deosebită importanţă pentru că el este scris de un medic idealist, care a lucrat efectiv şi îndelungat în domeniul sănătăţii pulice româneşti, dela modestul loc de medic de circumscripţie rurală până la acela de Direcrtor general al serviciului sanitar, echivalent atunci cu acela de *conducător suprem* al organizaţiei sanitare a ţării.

Dar situaţiile oficiale mici şi mari, nu constituesc întotdeauna o garanţie suficientă pentru calitatea şi importanţa unei lucrări.

De aceea credem şi în cazul de faţă, că valoarea studiului de care ne ocupăm, se datoreşte în primul rând, ideilor generoase, spiritului de incisivă observaţie şi de necruţătoare critică a autorului, care este una din personalităţile marcante ale medicinei româneşti contemporane.

Aducând toate elogiile acestei lucrări, impresionantă prin spiritul ei sever şi captivantă prin amintirile personale ce relatează, ţinem să subliniem unele divergenţe de opinii între D-l Dr. Bordea, care a jucat un rol esenţial la întemeierea «României medicale», şi între *conducerea* acestei publicaţii.

O facem nu atât pentru a răspunde unor nedumeriri ce ni s'au comunicat, dar pentru a arăta un punct de vedere care ni se pare just.

Dealtfel în faţa împrejurărilor ca şi în faţa marilor probleme, putem avea opiniuni şi impresiuni deosebite, în raport cu prisma prin care le examinăm, întocmai cum aspectul unui peisaj al naturei, variază în raport cu locul din care-l privim.

In acest mod îmi explic de ce am unele păreri deosebite de acelea expuse de D-l Dr. Bordea.

In adevăr, d-sa, după o viaţă îndelungată de muncă rodnică, încununată de succes, priveşte retrospectiv evoluţia Serviciului sanitar românesc, la progresul căruia a adus un aport atât de însemnat. Şi are impresia că ceiace s'a realizat este prea puţin faţă de nevoile ţării şi în raport cu elanul creator al generaţiei din care face parte.

Noi, care suntem astăzi în vâltoarea luptei pentru ameliorarea instituţiilor noastre sanitare, ne dăm seama că se face un efort continuu pentru a se crea condiţiuni mai bune pentru sănătatea colectivă.

Rezultatele nu sunt totdeauna proporţionale nici cu dorinţa, nici cu efortul nostru. Noi, o regretăm în primul rând. Fără să ne descurajăm — mergem înainte, aşa cum au făcut-o şi predecesorii noştri.

Ţin să asigur pe D. Dr. Bordea şi pe acei cari judecă împrejurările actuale şi nouile generaţii medicale, cu aceeaşi severitate, — că idealismul profesional şi naţional este tot atât de viu astăzi, ca şi acum 30 de ani în mintea şi în sufletul marei majorităţi a medicilor români.

Dar, în afară de aceste idei generale, ţin să subliniez trei chestiuni de o deosebită importanţă din studiul D-lui Dr. Bordea.

I. Cu drept cuvânt se arată că *organizaţia Serviciului sanitar rural trebue adaptată împrejurărilor locale*, fiind cu atât mai desvoltată şi mai complectă, cu cât starea culturală şi economică sanitară sunt mai reale. In aceste regiuni trebuesc trimişi «medici misionari» cari prin structura lor sufletească şi prin pregătirea lor profesională, — să poată realiza o adevărată operă medico-socială acolo unde vor activa. Acestor medici-misionari va trebui să li se asigure condiţiuni de viaţă şi de salarizare, cu totul deosebite decât ale colegilor lor care-şi desvoltă activitatea, în condiţiuni obişnuite şi în regiuni bine dotate de natură şi de oameni.

Această idee a D-lui Dr. Bordea, a adaptării Serviciului sanitar rural, la condiţiile locale de viaţă, ni se pare atât de bună şi de rodnică, încât credem că ea ar trebui aplicată cât mai repede.

II. Instituţiile de asistenţă medicală, sunt amănunţit studiate, din punct de vedere al evoluţiei lor, descriindu-se crizele morale şi materiale prin care au trecut, — ca şi situaţia precară în care se găsesc, — în prezunt.

Fără să contestăm nimic din aceste observaţii, ţinem să arătăm că medicina curativă a făcut în ţara noastră, progrese enorme, în ultimii 20 de ani.

Specialităţile care erau altă dată apanagiul centrelor universitare, sunt astăzi practicate cu succes în spitalele Statului din cele mai multe capitale de judeţ. Chirurgia, care constituia un privilegiu al câtorva iniţiaţi şi consacraţi, a devenit o specialitate ale cărei binefaceri o pleiadă de tineri chirurgi, plecaţi din centrele universitare, — le-au dus în toate oraşele ţării.

Desigur că nu s'a ajuns în organizarea spitalelor la o formulă definitivă, fiind încă în epoca tatonărilor. Este foarte mult de făcut, în această direţie şi este absolut necesar să adoptăm o metodă unitară. Dacă din punct de vedere administrativ şi al organizării spitalelor, criticile sunt îndreptăţite, nu este mai puţin adevărat că s'au făcut progrese foarte mari, din punct de vedre *medical*.

III. Consecvent unei vechi convingeri care a fost expusă altădată de Profesorul Sion, — D. Dr. I. Bordea este adversar al Ministerului Sănătăţii, pe care predecesorul său îl socotea: «o piedică în bunul mers al măsurilor pentru ocrotirea sănătăţei publice».

Această idee era exprimată în împrejurări cu totul deosebite decât cele de azi, pentru motive cari aparţineau acelui timp.

Fără să fi aderat niciodată la această idee, o socotim cu atât mai puţin valabilă pentru prezent.

Este adevărat că, indiferent de titlul pe care îl are un conducător, sunt două elemente hotărîtoare necesare unor mari înfăptuiri sanitare: calităţile personale ale conducătorului şi împrejurări favorabile pentru desvoltarea operelor sociale.

Sunt convins că oameni capabili sunt numeroşi în corporaţia noastră şi sperăm, cu toţii, în vremuri mai bune, în care problemele sociale vor putea trece pe primul plan al preocupărilor oamenilor de Stat.

In orice caz , dacă Ministerul Sănătăţei nu a reuşit să modifice radical situaţia sanitară a ţărei, nu este mai puţin adevărat că el nu a împiedecat progresul. Dimpotrivă, sub egida Ministerului Sănătăţei s'au promovat problemele sanitare atât pe teren legislativ cât şi pe acela al înfăptuirilor.

Astfel legea sanitară din 1930 constitue din punct de vedere ideologic şi programatic, o operă fundamentală şi de foarte lungă durată.

Faptul că legea nu s'a putut aplica integral, nu-i scade valoarea ci îi subliniază importanţa prin transformările adânci şi prin desvoltarea ce urmărea să aducă structurei organice a Serviciului nostru sanitar.

* * *

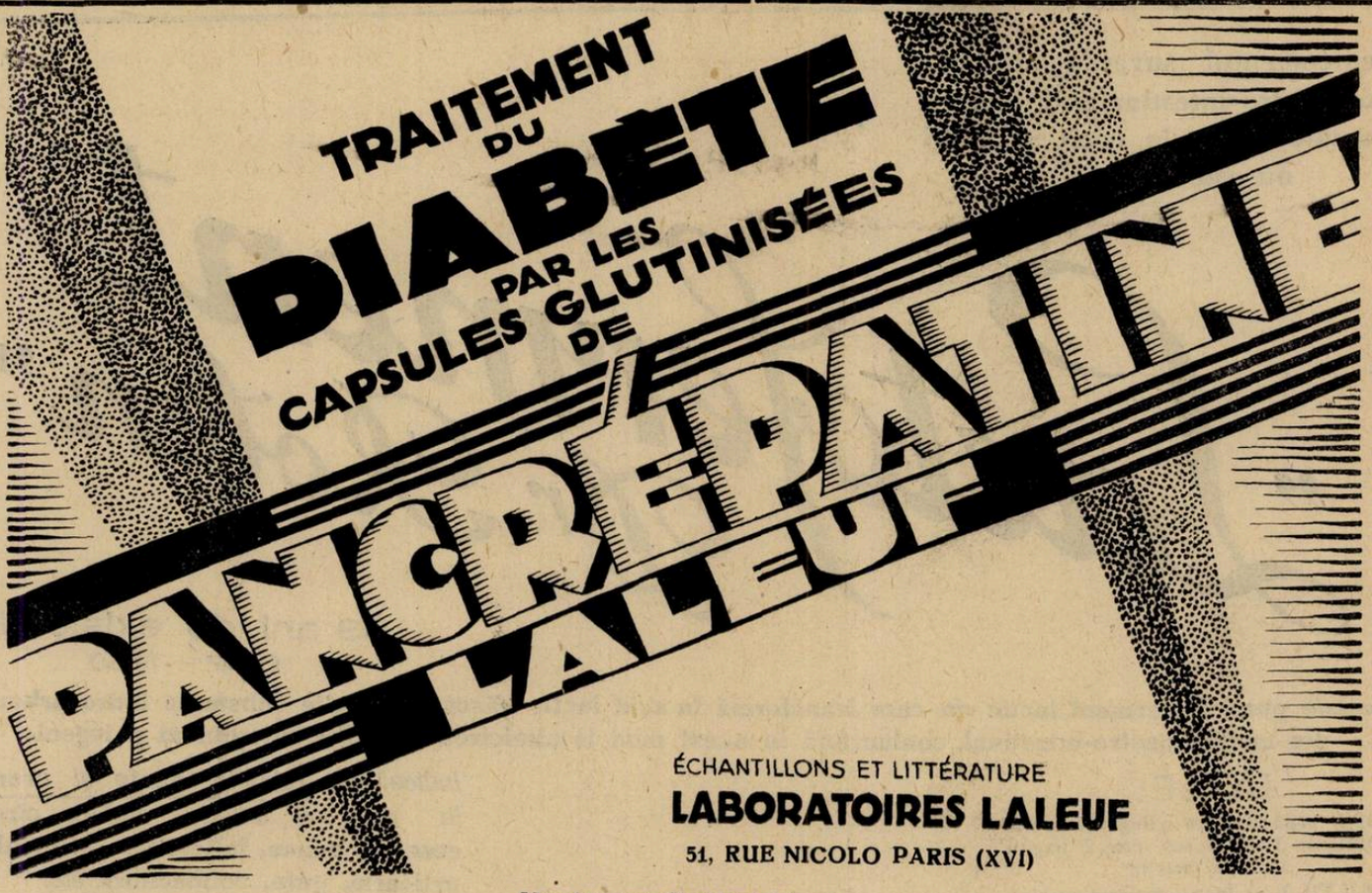
Cum este foarte natural, D-l Dr. Bordea, rămâne ataşat timpului său şi oamenilor în societatea cărora a trăit anii frumoşi ai unei tinereţi idealiste şi a unei maturităţi creatoare.

Privind retrospectiv o epocă încheiată, este natural să putem totaliza un bilanţ bogat de realizări, — ceeace d-sa face în cuvinte convingătoare.

Prezentul este dominat, în domeniul sanitar de două probleme mari: Medicina socială în care prevenirea boalelor ocupă un loc important şi medicina curativă, care urmăreşte o perfectă organizare a aşezămintelor sanitare menite să asigure asistenţa bolnavilor de toate categoriile sociale.

Această operă sanitară este în curs de realizare şi avem convingerea că ea va fi înfăptuită.

1) Articolele D-lui Dr. I. Bordea au apărut în Nr. 5, 7, 9, 10, şi 12 din 1940.



Mostre medicale la cerere

Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23, Bucureşti IV.
Telefon 239/46

NOU!

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Mostre şi literatură trimete la cerere

Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI. Str. Cazărmei 89

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

33 ani de existenţă
(1907 — 1940)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noua conducere a Ministerului Sănătăţei

D. Dr. Victor Gomoiu *a fost numit Ministru al Sănătăţii Publice şi Ocrotirilor Sociale în noul guvern de sub prezidenţia d-lui inginer Ion Gigurtu, — format în ziua de 4 Iulie 1940.*

In vremuri de pace, când inovaţiunile sunt posibile, această nouă conducere ar fi trebuiv să însemne un mare efort renovator şi o serioasă orientare către formule noui şi creaţiuni importante.

Aceasta, în primul rând, pentru că d. dr. Gomoiu are o puternică personalitate, cu mari posibilităţi de înfăptuire.

In al doilea rând, pentru că d-sa din cauza unor împrejurări, cu totul speciale, nu a fost pus până în prezent, în situaţia de a da medicinei româneşti, în mod integral, aportul său de muncă, de creaţiune şi de realizări. Atunci când societatea ne utilizează, în mod comlect, trebue să recunoştem că exercită asupra noastră, o influenţă destul de **accentuată**, *care în ultimă analiză, reuşeşte a realiza un tip omenesc standardizat, cel puţin în manifestaţiunile lui publice.*

Asupra D-lui Dr. Gomoiu societatea nu a putut exercita această influenţă şi nu ştim dacă exercitând-o, ar fi reuşit să-l influenţeze.

In această situaţie de fapt, D. Dr. Gomoiu a luat conducerea departamentului Sănătăţii Publice.

In împrejurări excepţionale, în faţa marilor şi multiplelor dificultăţi actuale, desigur că problemele sănătăţii publice ocupă un loc primordial în viaţa statului, fără ca ele să se poată bucura, din cauza evenimentelor, nici de o colaborare largă a tuturor organelor de Stat, nici de fondurile indispensabile progresului sanitar.

Această situaţie, extrem de grea, trebue dominată de D-l. Dr. Victor Gomoiu, *actualul ministru al Sănătăţii.*

In ceeace ne priveşte, suntem siguri că o va domina.

Consiliul superior balneo-climateric

Prin decret regal s'a instituit Consiliul superior balneo-climatic, pe termen de 4 ani, în conformitate cu art. 22 din decretul-lege pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, din 20 Noembrie 1939, compus din:

D. dr. Băltăceanu, profesor de balneologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti; d. dr. M. Sturza, profesor de balneologie la Facultatea de Medicină din Cluj; d. dr. G. Tudoran, profesor de balneologie la Facultatea de Medicină din Iaşi; d. dr. Dumitrescu-Mante, profesor de Clinică medicală; d. dr. I. Anghel, delegatul Ministerului Apărării Naţionale; d. dr. P. Niculescu, preşedintele Societăţii de hidrologie şi climatologie medicală; d. prof. dr. C. Mihăilescu, preşedintele Asociaţiei medicilor balneari; d. dr. Constantin Ioan, directorul Institutului Meteorologic Central;; d. prof. dr. G. Macovei, directorul Institutului Geologic; d. ag. dr. G. Marinescu, delegatul Colegiului Medicilor; d. dr. Sever Dan, senator, delegatul Uniunii breslelor proprietarilor de hoteluri şi vile de închiriat din staţiuni;; d. prof. dr. I. Voicu, chimist specialist în hidrologie; d. inginer C. Mihăilescu, delegatul Ministerului Economiei Naţionale; d. Temistocle Alexandrescu, delegatul asociaţiei proprietarilor de ape minerale şi acid carbonic natural; d. I. Trofin, delegatul breslei proprietarilor de stabilimente balneare; d. prof. ing. D. Germani, specialist în chestiuni balneare; d. A. Corbu, delegatul Oficiului Naţional de turism.

Locuri de medici vacante

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale anunţă că are imediat un important număr de circumscripţii rurale şi câteva spitale mixte vacante.

Solicitatorii sunt invitaţi a depune de urgenţă cererile la direcţia personalului din acest minister.

Mersul ascendent al organizaţiei sanitare din Basarabia sub stăpânirea românească

Un răspuns dat agenţiei sovietice „Tass"

Acţiunea întreprinsă în domeniul sănătăţii publice după război, a constituit unul din cele mai importante eforturi impuse prin planul de guvernare al regimurilor ce s'au succedat la cârma ţării.

Minister nou, creiat după încheierea păcii, departamentul Sănătăţii pubice a avut să se ocupa de diversele probleme ce se puneau şi se pun încă, fiind vii în amintirea tuturor străduinţele ce s'au depus cu osebire pentru combaterea anumitor boli, infecto-contagioase sau sociale din care cele mai multe cazuri uneori chiar umanitatea, ni le ofereau provinciei de peste Prut, pe care o reprimeam după o sută de ani de altă stăpânire.

Sunt, de aceea, de-adreptul surprinzătoare afirmaţiile agenţiei «Tass», care acuză guvernarea românească de nepăsare şi lipsă de solicitudine pentru această provincie, în domeniul sănătăţii publice.

Basarabia, la Martie 1918, în momentul alipirei prezenta un spectacol jalnic, în această privinţă la care îşi avea desigur partea de contribuţiee, devastarea pe care o făcuseră trupele ruseşti în retragere.

Tifosul exantematic era în acea vreme, în plină recrudescenţă, oferind 56.042 cazuri. Paludismul număra peste 26 mii de cazuri. Sifilisul făcea ravagii, numai cazurile înregistrate atingând cifra de 137.500. Dar conjunctivita granuloasă şi tuberculoza, se manifestau îen voie, fără putinţa de evaluare.

Organizaţia sanitară ţaristă, menită să facă faţă acestei situaţii — a cărei neputinţă era relevată în multe rânduri de principele Kropotkin — nu cuprindea decât o direcţie sanitară gubernială, un serviciu sanitar, acel al zemstvei guberniale şi 9 servicii ale zemstvelor judeţene. Această minusculă organizaţie număra 65 de medici, 120 felceri şi 102 farmacişti, dintre cari 49 erau necalificaţi.

Este lesne de înţeles că serviciul sanitar al Basarabiei funcţiona, în aceste condiţiuni în mod deplorabil.

Guvernul român numeşte, în primăvara anului 1918 — pentru complectarea urgentă a lipsurilor şi supravegherea serviciilor — 3 medici inspectori regionali de boli contagioase şi 9 medici delegaţi pe lângă zemstvele judeţene, ca organe de control.

Până la 1919, într'un an deci, timp în care se creiază şi inspectoratul general sanitar, numărul circumscripţiilor sanitare cu medicii respectivi creşte cu peste 25%, ajungând la 106, având ca auxiliari 228 agenţi sanitari şi 120 de moaşe, nou numite de guvernul român care înfiinţează în acelaş timp şi câte o şcoală de agenţi sanitari şi moaşe.

Ritmul acesta şi râvna de înfăptuiri sanitare au fost păstrate în mod continuu. Pentru ca astăzi la pierderea dureroasă ce am suferit, după 22 ani de activitate progresivă, jurisdicţia inspectoratului general sanitar din Chişinău să se extindă asupra a nouă servicii judeţene.

Guvernul sovietic a găsit astfel în momeentul ocupării 238 circumscripţii sanitare, din care 216 rurale şi 22 urbane, precum şi 76 spitale cu 3425 paturi şi întregul echipament, care nu putut fi transportat. Guvernul sovietic va beneficia însă şi de cele 134 dispensare rurale, 18 urbane şi 9 policlinici, creiate din 1922 şi până azi din iniţiativa ministerului nostru de sănătate — 3 sanatorii de tuberculoşi de proporţii monumentale şi un dispensar antituberculos cu unităţi volante, ridicate şi întreţinute prin rodnica activitate a Ligii Naţonale contra Tuberculozei — 30 dispensarii ale asigurărilor sociale — 3 instituţii pentru asistenţa şi ocrotirea copilor şi a bătrânilor — 1 centru antirabic cu 3 subcentre — 3 laboratorii de higienă — 1 laborator de chimie — Costiugenii Mari — şi un laborator pentru studiul cazurilor inaparente şi ambulatorii de tifos exantematic. Instituţia din urmă constitue încununarea operei de mari proporţii de profilaxie anţi-exantema-

tică, operă care a ajuns să înfiinţeze 110 staţiuni de deparazitare chiar la 1920, pentru ca până la 1940 să le adaoge şi 400 cuptoare mobile.

Iată ce s'a realizat în cei 22 de ani de străduinţi, în ordinea sanitară. Şi ca o complectare, relevăm faptul că, de unde în 1921 un medic din Basarabia acţiona pentru 20.914 suflete, în 1940 acelaş medic avea în sfera sa de activitate numai 13 mii de locuitori şi doar în unele regiuni, maximum 15 mii. Aceeaşi îmbunătăţire simţitoare este vizibilă la agenţii sanitari şi la moaşe: 1 agent la 4713 locuitori, în 1938 şi o moaşă (total 600) la 10.073.

Sute de milioane au fost destinate creării şi susţinerii acestei opere, care a dus la rezultate remarcabile:

Mortalitatea de 25,8 la mia de locuitori în 1919, a scăzut astfel în 1938, la 19 şi 2 la mie, permiţându-se un excedent al natalităţii rurale faţă de mortalitate, de 11,7 la mie, în 1938. Aşa se şi explică sporul populaţiei basarabene dela 2.750.000 locuitori în 1919, la 3 milioane 110.650, în 1937.

„Doctorul Poporului"

D. Profesor N. Iorga, publică în «Neamul Românesc» No. 152 din 13 Iulie 1930, următorul articol:

«Intre cei cari au alergat, de să le sfârâie călcâiele, ca să se fericească pe sine şi pe alţii în Raiul de peste Prut şi cari, până să intre în treabă, s'a grăbit să dea unul din acele interviewuri din care să rezulte că, supt barbarii de români nu era nimic în Basarabia, cu toată splendida moştenire ţaristă: nici şosea, nici baie, nici spital, se află un medic evreu, cu numele poetic din strămoşi, care spune următoarele:

A urmat la o Facultate românească şi, acolo, pentru că învăţa mai bine de câv ceilalţi, a fost continuu maltratat. Căpătând totuşi diploma, nu i s'a dat o funcţie. De aceea la vestea «liberării» Basarabiei, declară însuşi, «cântam, râdeam, urlam». «Urla» pentru că de acum înainte se va putea consacra «poporului».

Nu-i discut suferinţele. Se ştie că sunt adversarul hotărît al oricărei violenţe. Tânărul ar fi putut să se gândească totuşi că, atunci când un neam creator de Stat e scos, în ţara sa, din comerţ şi industrie şi-i rămân numai profesiile libere şi funcţiile, el poate să fie dus şi la excese ca să-şi apere singurul mijloc de traiu.

Dar să venim la iubitorul «poporului». Un medic nu e neapărat un salariat al Statului. Atâta suferinţă omenească îl poate chema şi răsplăti. Dacă e evreu, el are ca primă datorie să caute imensa plebe, miseră şi bântuită de toate bolile inculturii, a conaţionalilor. Era desigur «popor» de ajutat şi la Bucureşti sau la Iaşi şi prin leproseriile iudaice ale Moldovei.

Da, însă, aici, n'are de ce «urla». Şi aceasta-i trebuia înainte de toate.»

Locuri de medici vacante la Casele de asigurări sociale

Casa Centrală a Asigurărilor Sociale anunţă că toate locurile de medici consultanţi din Bucureşti au fost ocupate de refugiaţi, rămânând vacante numai locuri din specialitatea dentistică şi radiologie, pentru ocuparea cărora cei cari pot face dovada specialităţii îşi vor prezenta cererile şi titlurile direcţiei a III-a medicală a Casei Centrale a Asigurărilor Sociale (b-dul Carol 33).

In schimb sunt vacante numeroase locuri de medici la organizaţiile Asigurărilor sociale din provincie.

Medicii aflaţi în Bucureşti, doritori a ocupa aceste locuri se vor prezenta tot la direcţia medicală, spre a lua informaţiuni asupra localităţilor şi condiţiunilor în cari pot fi angajaţi, iar medicii cari nu locuesc în Bucureşti îşi pot înainta titlurile şi cererile de angajare ca medici consultanţi ai Asigurărilor Sociale din provincie.

Aceste din urmă cererei vor fi adresate aceleiaşi direcţii III-a medicală din Casa Centrală a Asiguărilor Sociale, Bucureşti, b-dul Carol 33.

Medici evrei lăsaţi în disponibilitate

La ministerul Sănătăţii

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a dispus pe data de 15 Iulie a. c., punerea în disponibilitate a următorilor doctori şi farmacişti:

Dr. Feldstein Naum, medic radiolog prov. spitalul Slatina; dr. Deligdisch Gherhard, medic prov. circ. Tudora-Botoşani; dr. Rudaş Gheorghe, medic prov. circ. Mierea Birnici, Dolj; dr. Kahn Arthur, medic prov. circ. Adăşeni, Dorohoiu; dr. Deuch Marian, medic. prov. circ. Mitoc, Dorohoi; dr. Goldner Aron, medic prov. circ. Ghiulerchioi-Durostor; dr. Fexler Sara, medic prov. circ. Făcăeni-Ialomiţa; dr. Rabinovici Ruhlea, medic prov. cir. Iazu-Ialomiţa; dr. Mendel Ignat, medic prov. circ. Sudiţi-Ialomiţa; Beider Ruhlea, medic prov. circ. Dumitreşti-Olt; dr. Abraham Samoilă, medic perov. circ. Morunglav-Romanaţi; dr. Gartenberg Iosef, medic prov. circ. Mahmudia-Tulcea; dr. Gartner Iacob, medic sec. prov. sanatoriul T.B.C., Leamna-Dorlj; dr. Reznic Tanja medic sec. prov Serv. Sanitar Municipiul Iaşi (medic şcolar); dr. Daghe Bela, medic sec. prov. Spit. R.-Sărat; dr. Orovanu Nicolae, medic sec. prov. Spit. Slatina; dr. Roşu Pily, medic, medic stag. circ. Mingir-Cahul; dr. Dascălu Iosef, circ. Domniţa, jud. R.-Sărat; dr. Mendel G., circ. Valea Mare (Olt); dr. Abrudescu Teodor, circ. Siliştea, jud. Constanţa; dr. Alter Adolf, circ. Alexandreni, jud. Bălţi; dr. Aron Iancu, circ. Avrămeşti jud. Tutova; dr. Cahana Arthur, circ. Dealul Lung, jud. R.-Sărat; dr. Tanershein Bercu Mili, Slobozia Conache, jd. Covurlui; dr. Făinari Iosef, circ. Taşbunar, jud. Ismail; dr. Grunberg Moise circ. Lipniţa, Durostor; dr. Horovitz Iosif, circ. Uşurei, jud. Vâlcea; dr. Lerner Idel, circ. Corbu, jud. Constanţa; dr. Mandel Iuliu, circ. Rovinari-Gorj; dr. Marta Zoltan, circ. Mateeşti-Vâlcea; dr. Maior Simon, circ. Călăraşi-Botoşani; dr. Pressler Alexandru, circ. Haschioi, jud. Durostor; dr. Segal Iacob, circ. Ciuciulea, jud. Bălţi; farmacista Braester Dora, la Institutul chimico-farmaceutic Bucureşti; dr. Abramovici Şloim, medic Sanat. T.B.C. Aleşd.

La Asigurările Sociale

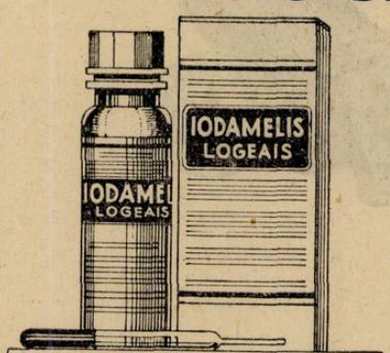
Prin decizia Ministerului Muncii, următorul personal din Asigurările Sociale, funcţionând cu titlul provizoriu şi ne mai putând fi utilizat, a fost lăsat în disponibilitate pe ziua de 15 Iulie a. c.:

Dr. Iancovici Bergman Etti, medic consultant, Casa Asigurărilor Bacău; dr. Şapira Saia Saia, medic consultant Casa Asig. Sociale Bacău; dr. Roitman B., medic consultant Casa Asigurărilor Sociale Brăila; dr. Zente Irma, medic dentist Casa Asig. Soc. Braşov; dr. Aschenazy M., medic consultant Casa Asig. Soc. Bucureşti; dr. Rosenberg Solomon, medic consultant Casa Asig. Sociale Bucureşti; dr. Seinfeld Arnold, medic radiolog Casa Asig. Soc. Bucureşti; dr. Gruber Leo, medic dentist, Casa Asig. Sociale Bucureşti; dr. Şapira Bercu, medic consultant Casa As. Soc. Bucureşti; dr. Bittman Ludovic, medic consultant Casa Asig. Soc. Bucureşti; dr. Kaufman Haim, medic radiolog Casa Asig. Soc. Bucureşti; dr. Moses Iosif, extern Casa Asig. Sociale Bucureşti; Kaufman Edit, agent de control Casa Asig. Soc. Bucureşti; dr. Rosenblat Leon, medic consultant Casa Asig. Soc. Constanţa; dr. Bercovici Iulian, medic consultant, Casa Asig. Soc. Craiova; dr. Porjes Francisc, medic consultant, Casa Asig. Soc. Dej; dr. Bercovici I., medic chirurg Casa Asig. Soc. Galaţi; dr. Abramovici Jak, medic dentist Casa Asig. Sociale Galaţi; dr. Schreibman S., medic oculist Casa Asig. Sociale Galaţi; dr. Talic Herman, medic consultant Casa Asig. Soc. Iaşi; dr. Zecler Saul medic consultant Casa Asig. Soc. Iaşi; dr. Iosub Iancu, medic consultant Casa Asig. Soc. Iaşi; dr. Alter Iosif, medic consultant Casa Asig. Sociale Iaşi; dr. Schechter Ladislau, medic oculist Casa Asig. Sociale Petroşani; dr. Weisz Alfred, medic ginecolog Casa Asig. Soc. Petroşani; dr. Strul Strul, medic O. R. L., Casa Asig. Soc. Piatra-N.; dr. Oscar Florin, medic de domiciliu, Casa Asig. Sociale Ploeşte; dr. Haim Moise, medic dentist, Casa Asig. Soc. Ploeşti.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII

2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

•

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

In comprimate drageifiate

FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Eșantioane și Literatură la cerere
Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

In tratamentul constipației

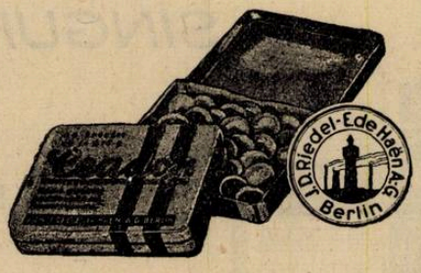
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

Astenie psihică
Nervozitate, Insomnie
Neurastenie, Anxietate

CEREBROSAN

SIROP

Valeriana
Barbiturice
Brom
Calciu
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriță
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

MOSTRE ȘI LITERATURĂ PRIN:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOIOD

SUBCUTAN, INTRAVENOS, INTRAMUSCULAR

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibacilozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.**

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: **In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). CULTURA USCATA: 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată*, deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 17 — 10 Lei Exemplarul — 1 Septembrie 1940

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAȚIUNII" SIBIU

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

COMITETUL DE REDACȚIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Brașcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Șt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenți: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administrația revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Prof. Dr. G. PROCA: *Mersul Pelagrei endemice* 181

Conf. Dr. DAN BERCEANU: *Tratamentul infecțiilor mâinei și ale degetelor* 184

Conf. Dr. I. GAVRILA: *Combaterea insuficienții circulatorii în bolile infecțioase* 188

Dr. PANTELI COPĂCEANU: *Scleroză pulmonară consecutivă inhalației de corp străin* 190

Pagina

Docent Dr. ALF. DIMOLESCU: *Considerațiuni asupra tratamentului crizelor gastrice tabetice* . . . 191

Dr. GH. FLORESCU: *Contribuțiuni la studiul hepatoterapiei în anemii* 192

PROBLEME UNIVERSITARE

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Necesitatea unei legiferări care să asigure promovarea tuturor valorilor în Universitate* 194

Pagina

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Un comunicat al Ministerului Sănătății; Internarea bolnavilor săraci în spitale; Posturi de medici vacante la Ministerul Sănătății . . 195

Noul statut al medicilor în Franța; Medici noui numiți la Ministerul Sănătății 196

BIBLIOGRAFII

Prof. Dr. Gh. Băltăceanu: Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie. Vol. III «Cartea Românească» București.

Ereditatea — Igiena rasei (eugenia) și politica populației, Prof. Dr. *H. W. Siemens.* In traducere de Dr. *State Drăgănescu* și Dr. *G. Stroescu.* O monografie de 213 pagini cu 98 figuri și 3 tabele, 150 lei.

IN TOATE INFECȚIUNILE STREPTOCOCICE

Prontosil

Activ în infecțiuni stafilococice și colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie, avort, septic, artrite infecțioase, cistite și pielite

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86; Sucursala: Cluj, Calea Moților 18. Tel.: 37-22

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diftерică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag); anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenterie.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

IN TOATE CAZURILE DE

TUBERCULOZA EXTRAPULMONARA

RUBROPHEN

Injecţiuni — Drageuri — Pomadă.

Literatură la dispoziţia domnilor medici.

Costul de fabricaţie fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie mostre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.

Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

DAS REICH

die große deutsche Wochenzeitung

sieht die Welt von hoher Warte

und gibt ein umfassendes Bild deutschen Lebens und Wirkens

„DAS REICH" BRINGT AUF 32 SEITEN:

I. Überblick über das Weltgeschehen
In Leitaufsätzen, Erläuterungen und Glossen, in Rückblicken und Ausblicken und zahlreichen Bildern und großen Karten zeichnet es ein bis in die Einzelheiten verständliches Bild vom dramatischen Geschehen unserer Zeit

II. Blick in die politischen Kulissen
Die Gründe und Hintergründe der politischen Ereignisse und ihre Wirkungen werden untersucht und lebendig dargestellt

III. Zusammenhänge des Krieges mit den Augen von Fachleuten gesehen
Die Ereignisse auf den Kriegsschauplätzen werden von militärischen Sachverständigen erörtert und eingehend gewürdigt

IV. Briefe aus dem Reich
schildern die Lebensgesetze, Eigenarten und Verschiedenheiten der deutschen Landschaften

V. Briefe ins Reich
erzählen vom kleinen und großen Leben in Berlin, von den künstlerischen Ereignissen in dem großen politischen Geschehen

VI. Wichtiges aus Kultur und Literatur
Kulturelle Leistungen — von der Volkskunst bis zur großen Kunst — werden verständnisvoll gewertet

VII. Sorgfältige Untersuchung der Rohstoffmärkte
Wirtschafts-Probleme des Krieges, Wirtschaftsverhältnisse des Auslands, Handelsbeziehungen und Währungsfragen stehen im Vordergrund der Betrachtungen

VIII. Unterhaltung und Mode für die Frau
Gute Erzählungen, modisches Allerlei und wichtige Beiträge über die Stellung der Frau im Staat

IX. Plaudereien und Berichte vom Sport
Eine Um- und Ausschau auf das, was sich im Sport ereignet

Für Lei 13 überall zu haben

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ CALITATEA SUPERIOARĂ, DEȘI PREȚUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM — LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9

Noua modalitate de aplicare pentru hormonul ovarian propriu al corpului (Oestradiol) cu acţiunea crescută, echivalentă unei injecţii, prin

PICĂTURI DE PROGYNON

de 4 ori pe zi 5 picături, nediluate

Picături de Progynon „2 mg"
pentru turburări climacterice şi turburări ale menstruaţiei

Picături de Progynon „15 mg"
pentru turburări mai grave de carenţă

Un ambalaj de Progynon - Picături de „2 mg" la preţul de Lei 154 este suficient pentru un timp de aproximativ 20 de zile şi este deci

foarte avantajos

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific: Bucureşti III, Aurel Vlaicu 33

Vigantol

Preparatul pur de

VITAMINA »D«

In turburările metabolismului fosfocalcic al sistemului osos şi al dinţilor. In rachitism.

Pentru a stimula odontogeneza şi pentru a uşura erupţiunea dinţilor.

Pentru ameliorarea tabloului calcic în spasmofilie şi alergie.

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

„ROMIGEFA" S. A. R. BUCUREŞTI I.
Str. Brezoianu No 53. Tel.: 3.92.86
Sucursala: Cluj, Calea Moţilor, 18

„CHIMIROMAN"
Bucureşti II, Str. T. G. Masarik 32
Tel. 2.71.48

Anul XVIII. No. 17 — 10 Lei Exemplarul — 1 Septembrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

MERSUL PELAGREI ENDEMICE

de Prof. Dr. G. PROCA

Cu relativ puţinii medici cari îngrijesc de sănătatea satelor, nimeni nu se poate aştepta să cunoaştem exact întinderea şi gravitatea endemiei pelagroase, ca şi mersul ei. In aceste împrejurări, deşi publicaţiile Institutului Central de statistică ne pun la dispoziţie un material nu tocmai bogat şi pe deasupra de valoare inegală, încercăm totuşi să precizăm — după câte date avem — principalele caractere epidemiologice ale pelagrei noastre. Dintre aceste caractere pot fi studiate deocamdată mai amănunţit morbiditatea, letalitatea şi mortalitatea.

a) *Morbiditatea.* — Numărul pelagroşilor din ţară — bolnavi noi şi vechi, creşte regulat dela 1931 înainte, în măsura pe care o vădesc cifrele de mai jos:

Anul	Bolnavi noi	Bolnavi vechi	Total
1931	9.794	39.433	49.277
1932	9.499	41.735	51.234
1933	13.738	42.170	55.908
1934	18.427	49.346	67.773
1935	17.737	56.140	73.877
1936	13.955	59.701	73.656

Aici se cuprind «numai bolnavii semnalaţi de serviciile sanitare şi spitalele Statului»[1]).

Se înţelege că insuficienţa asistenţei medicale la ţară, nesiguranţa diagnosticului uneori, ca şi inevitabilele înregistrări duble sau multiple în condiţiile în cari se face recensământul pelagroşilor, nu sunt garanţii de mare exactitate, dar cifrele păstrează cel puţin o valoare relativă şi dovedesc neîndoios înmulţirea cazurilor de pelagră.

In 1938 Ministerul sănătăţii ajunge să cunoască, pentru acest an, *84.106* pelagroşi, dintre cari 6.444 au fost descoperiţi numai în timpul ofensivei sanitare din August — Septembrie[2]).

Spre a se apropia mai mult de adevăr, unii autori au calculat numărul probabil al pelagroşilor, pornind dela cifra letalităţii, — 3%, considerată ca mai sigură; cu acest procedeu se ajunge la circa 200.000 pelagroşi pe an, adică aproximativ 11 la mia de locuitori (Al. Slătineanu, I. Nitulescu şi M. Sibi)[3]).

1) Anuarul statistic al României 1937. 1938, pag. 142.
2) Probleme şi realizări. Vol. I, p. 45.
3) Pelagra în România. Mişcarea med. rom. An II, 1939, pag. 148

Intr'o perioadă de 5 ani (1931—1935) morbiditatea medie de pelagră în ţară era de 3.1 la mie, dar în acelaş timp aveam:

Dobrogea cu 0.7 pelagroşi la 1000 locuitori;

Muntenia cu 3.7 pelagroşi la 1000 locuitori;

Oltenia cu 6.1 pelagroşi la 1000 locuitori;

Moldova cu 7.0 pelagroşi la 1000 locuitori.

In 1936, peste 85% din totalul cazurilor de pelagră se găseau în vechiul Regat, şi anume, din 100 bolnavi vechi şi noi, avea:

Dobrogea 1.3 pelagroşi;
Muntenia 33.3 pelagroşi;
Oltenia 15.1 pelagroşi;
Moldova 36.0 pelagroşi.

Mersul ascendent al epidemiei pelagroase ar însemna o înrăutăţire a situaţiei, dacă s'ar observa totodată menţinerea sau creşterea gravităţii cazurilor şi a letalităţii pelagroase.

In această privinţă, dacă luăm ca prim semn al gravităţii epidemiilor frecvenţa cazurilor de cachexie şi de manie pelagroasă, socotite ca «forme grave», ajungem la următoarele constatări:

Anul	Bolnavi noi	Cu forme grave	Procentul formelor grave
1931	9.794	1.808	18.4
32	9.499	1.798	18.9
33	17.738	2.408	17.4
34	18.427	2.420	13.1
35	17.727	3.041	17.1
36	13.955	2.979	21.3

Astfel, într'o perioadă de 6 ani, formele grave, — cachexie şi manie pelagroasă împreună, — se întâlnesc cu frecvenţa medie de 17.7%, *minimum* constatându-se în 1934, iar *maximum* în 1936.

Pentru vechiul Regat, ceeace se poate numi indicele de gravitate al endemiei pelagroase variază după provincii, după cum arată tabloul de mai jos:

	La 100 bolnavi noi (1936)	Morbiditatea generală de pelagră
Oltenia	18.1 forme grave	6.1 la 1000 loc.
Muntenia	28.4 „ „	3.7 „ „ „
Dobrogea	19.8 „ „	0.7 „ „ „
Moldova	16.1 „ „	7.0 „ „ „

După cum se vede, nu există paralelism între cifra cazurilor de pelagră şi frecvenţa formelor grave, sau cu alte cuvinte între morbiditatea şi gravitatea endemiei pelagroase.

Cu acest prilej amintesc că în raportul său asupra ofensivei sanitare din judeţul Vlaşca, d. medic primar observă că aici «pelagra nu se mai prezintă sub forma gravă de acum 15—20 ani şi nici în număr aşa de mare ca atunci»[4]). Alte observaţii de acest fel asupra mersului pelagrei nu se mai găsesc în cele 4 volume ale Ministerului Sănătăţii. Cel mult se notează că într'un judeţ din Bucovina *(Storojineţ)* «pelagra a bântuit cu înverşunare înainte de războiu, iar acum numărul pelagroşilor a regresat considerabil»[5]); pentru judeţul Iaşi se arată că în 1938 s'au înregistrat 5.89 la mie cazuri *noi* de pelagră, pe când în 1935, 1936 şi 1937 proporţiile corespunzătoare erau 8.28, 7.94 şi 6.39 la mia de locuitori; prin urmare în acest judeţ morbiditatea *scade*, încet dar continuu, de 4 ani încoace.

Considerând însemnătatea frecvenţei deosebite a formelor grave de pelagră, am alcătuit tabloul de mai jos pentru 19 judeţe din cele mai bântuite de endemia pelagroasă.

La 100 bolnavi noi (1936)

Judeţ	Cachexie	Manie	Total forme grave
Gorj	16.1	3.1	10.2
Vâlcea	21.7	2.4	24.1
Dâmboviţa	25.6	4.0	29.6
Ialomiţa	28.3	7.9	36.2
Ilfov	29.8	2.2	32.0
Prahova	23.2	5.6	28.8
Teleorman	33.9	3.7	37.6
Vlaşca	22.4	6.3	28.7
Bacău	6.2	3.9	10.1
Baia	7.2	4.1	11.3
Botoşani	20.0	5.9	25.9
Covurlui	13.0	5.9	18.9
Dorohoi	7.4	6.8	14.2
Fălciu	10.3	3.1	13.4
Iaşi	15.2	2.6	17.8
Roman	8.4	2.3	10.7
Tecuci	11.7	4.0	15.7
Tutova	10.8	2.6	13.4
Vaslui	23.5	6.9	30.4

Procentele din tablou ar merita mai multă încredere, dacă rubrica «bolnavi noi» ar fi mai bine limitată. In lipsa unor precizări anume se poate face greşeala ca într'un an să se treacă drept caz *nou*, orice caz neînregistrat mai înainte, pe când corect ar trebui ca «bolnav nou» să fie socotit numai acela a cărui înregistrare se

4) Probleme şi realizări. Vol. IV, pag. 2813.
5) O. c., vol. III, pag. 2028.

face în chiar anul îmbolnăviriii. Frecvenţa neobişnuit de mare printre bolnavii noui din 1936 a formelor de cachexie pelagroasă autorizâ presupunerea că în judeţele din Moldova înregistrarea bolnavilor noi se face corect, în înţelesul arătat aici, pe când în Oltenia şi Muntenia se confundă adesea anul înregistrării cu anul îmbolnăvirii pentru unii bolnavi *vechi*.

Statistica morbidităţii de pelagră, cu cifre de sine vorbitoare întrucât priveşte mersul ascendent al endemiei de la 1931 înainte, nu spune nimic despre vindecarea pelagroşilor, dar dacă întrebăm cifrele, ele nu rămân mute.

Răspunsul statisticei se poate căpăta dacă scădem din totalul bolnavilor (vechi şi noi) din fiecare an cifra corespunzătoare a deceselor de pelagră şi apoi comparăm restul de bolnavi *rămaşi* cu numărul bolnavilor vechi înregistraţi efectiv anul următor. Făcând această socoteală pentru 5 ani (1932 — 1936), ajungem la următoarele constatări ciudate:

Anul	Bolnavi vechi înregistraţi			Bolnavi rămaşi	Diferenţa
1932	41.735	faţă	de	49272	—7.537
1933	42.170	faţă	de	53.108	—11.078
1934	67.773	faţă	de	65.445	+2.328
1935	73.873	faţă	de	71.316	+2.561
1936	73.656	faţă	de	70.446	+3.210

Rezultă deci că în 1932 şi 1933 au fost înregistraţi cu 7 — 11.000 pelagroşi *vechi* mai puţin decât numărul bolnavilor *rămaşi*, ceeace se explică uşor admiţând că diferinţa în minus reprezintă vindecările[1]),—măcar că atât de reduse şi anume 15.3% în 1932 şi 19.8% anul următor. Nu tot astfel se poate interpreta *excedentul bolnavilor vechi* înregistraţi, faţă de cifra pelagroşilor *rămaşi* dintr'un an precedent. Această diferenţă în plus ar însemna că în curs de 3 ani nu s'a vindecat *niciunul* din cei peste 200.000 pelagroşi *vechi* din acest interval, fapt care vine în contrazicere flagrantă cu experienţa dela noi şi de pretutindeni. Rămâne să căutăm ce greşeli s'au făcut la înregistrarea bolnavilor, spre a se ajunge la o asemenea contrazicere.

O greşală poate fi aceea pe care am întâlnit-o altădată studiind întinderea pelagrei în judeţul Roman. După statistică, în acest judeţ — unic în felul său — boala avea un mers regulat ascendent, dela 1898 până la 1904, după cum vădesc cifrele următoare:

La 1000 locuitori rurali	
Anul	Pelagroşi
1898	20.7
1899	27.7
1900	34.9
1901	44.4
1902	56.9
1903	65.7
1904	64.9

1) In acelaş sens, dar nu în aceeaş măsură, ar putea lucra şi boalele intercurente cu sfârşit letal.

In cifre absolute numărul pelagroşilor se urca treptat dela 1.015 la 6.550 pe an; în 1906 judeţul avea încă 6.716 bolnavi de pelagră, adică 64.9 la mia de locuitori. Fenomenul era cu atât mai curios, cu cât el nu se întâlnea sub această formă nici în judeţele vecine, nici în altă parte a ţării. Explicarea nu s'a găsit decât întâmplător, când, urmărind chestia recidivelor pelagrei, am avut ocazia să consult la direcţia sanitară listele de pelagroşi din anii 1897, 1900 şi 1901. Medicul primar al judeţului, convins că bolnavul pelagros rămâne pelagros toată viaţa, ca tuberculoşii sau leproşii incurabili, trecea în registrele fiecărui an, pe lângă bolnavii noi, şi pe cei din anii precedenţi, dacă se mai găseau în viaţă. Cu acest procedeu se înţelege că numărul pelagroşilor trebuia să crească regulat, indiferent de schimbările ce se produceau în realitate.[1]).

S'ar părea că uneori înregistrarea bolnavilor de pelagră se face ca şi când medicii ar fi convinşi că pelagrosul este în genere un bolnav cronic, incurabil. Cu toate acestea, după cum scriam acum 37 de ani, opiniunea contrară a lui *Bonfigli* dă faptelor o interpretare mai satisfăcătoare. Pentru pelagrologul italian «*tutti i successivi atachi di pellagra debbano riguardarsi come altretante ricadute dal ripetersi delle stese cause occasionali*»; acelaş autor constată că dintre pelagroşi «au recidivat numai aceia cari, *după ce s'au vindecat*, au rămas expuşi *aceloraşi cauze* cari îi îmbolnăviseră întâia oară». La aceste citate adăogam: convingerea noastră este asemenea că dacă voim a caracteriza pelagra după mersul boalei în majoritatea cazurilor, nu putem vorbi de exacerbaţii periodice, independente de o nouă intervenţie a cauzelor specifice. Fiecare manifestaţie pelagroasă, când se iveşte după o perioadă mai lungă de remisiune, trebue interpretată ca o recidivă, sau îmbolnăvire din nou.

In sprijinul acestei interpretări aduceam, între altele, şi unele constatări epidemiologice. Astfel, în câteva judeţe, comparaţia listelor nominale de pelagroşi pe doi ani consecutivi arată o scădere însemnată a numărului bolnavilor.

In 1901, în judeţul Tecuci se găsesc numai 44% din pelagroşii anului precedent;

In 1901, în jud. Romanaţi se găsesc numai 39% din pelagroşii anului precedent;

In 1901, în jud. Brăila se găsesc numai 44% din pelagroşii anului precedent.

Scăderile acestea însemnate nu se explică nici prin emigrarea locuitorilor, nici prin mortalitatea populaţiei din judeţele menţionate. Asemenea, dacă în judeţul Brăila, de exemplu, pelagroşii după listele nominale erau în 1900 în număr de 3.978, pe când după un an numărul lor scade la 741, iar în 1902 ajunge abia 251, nu suntem în drept să presupunem o eroare de statistică.

Scăderea bruscă a numărului pelagroşilor din câteva judeţe, la interval de 1 — 2 ani, însemnează că pelagra nu este în mod constant o boală cronică «*di lentissimo corso*». Caracterele de cronicitate şi repetare periodică a manifestărilor pelagroase nu atârnă de natura însăşi a boalei, deoarece aceste caractere lipsesc uneori în 60 — 80% din cazuri. Numai condiţiile externe, şi în special alimentarea din nou cu porumb pelagrogen, hotărăşte reapariţia turburărilor pelagroase şi dau boalei aspectul unei intoxicaţii persistente[1]).

Afară de această cauză de natură doctrinară, care duce la înregistrări greşite, în conformitate cu o concepţie discutabilă, iar nu cu faptele, intervine, — şi poate într'o măsură mai largă încă, — o confuzie căreia îi dă naştere eticheta «*bolnavi vechi*».

Unii medici pot înţelege că sunt *vechi* nu numai pelagroşii rămaşi bolnavi din anii precedenţi, cu manifestaţii persistând tot timpul, ca într'o boală cronică de lungă durată, ci ar fi tot vechi şi bolnavii la care pelagra se iveşte din nou, la interval de unul sau mai mulţi ani după întâia îmbolnăvire, deşi în acest răstimp pelagra se vindecase şi fostul pelagros nu putea fi socotit ca bolnav. Confuzia între *fost* şi *vechiu* pelagros ar fi înlăturată dacă recidivele boalei, la foşti pelagroşi, ar fi trecute la rubrica «bolnavi noi», într'o subdiviziune a parte.

b) *Letalitatea.* — Raportul numeric dintre decesele de pelagră şi numărul pelagroşilor din fiecare an, adică letalitatea, măsoară mai exact gravitatea endemiei pelagroase, indicând în acelaş timp sensul eventualei sale evoluţii.

In pelagroserii şi spitale speciale letalitatea atinge uneori cifre ridicate; pentru anul 1937 statistica publicată de prof. *C. Parhon*[2]) arată 142 morţi la 501 pelagroşi eşiţi din spitalele sau secţiunile de boale mintale, ceeace însemnează o letalitate de 28.3%, dar când e vorba de bolnavii internaţi, cifrele de letalitate sunt valabile numai pentru aceste grupe de bolnavi, iar nu pentru totalitatea celor cari formează împreună endemia pelagroasă din fiecare an.

1) Vezi G. Proca. Metodele igienei sociale. Spitalul. 1919.

1) G. Proca. Cercetări asupra pelagrei. Comunicare făcută la Congresul Asociaţiei române pentru înaintarea şi desvoltarea Ştiinţelor- 1903. Bucureşti. Concluzia finală a observaţiilor reproduse mai sus trebue completată cu lămurirea că alimentarea din nou cu porumb pelagrogeu se întâlneşte cu deosebire iarna, acest anotimp constituind epoca de preparaţie a pelagrei (Lucrarea cit., pag. 13).

2) Bul'etin de l'Acad. de med. de Roumanie. III-e Année, No. 4, T. V, p. 651.

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

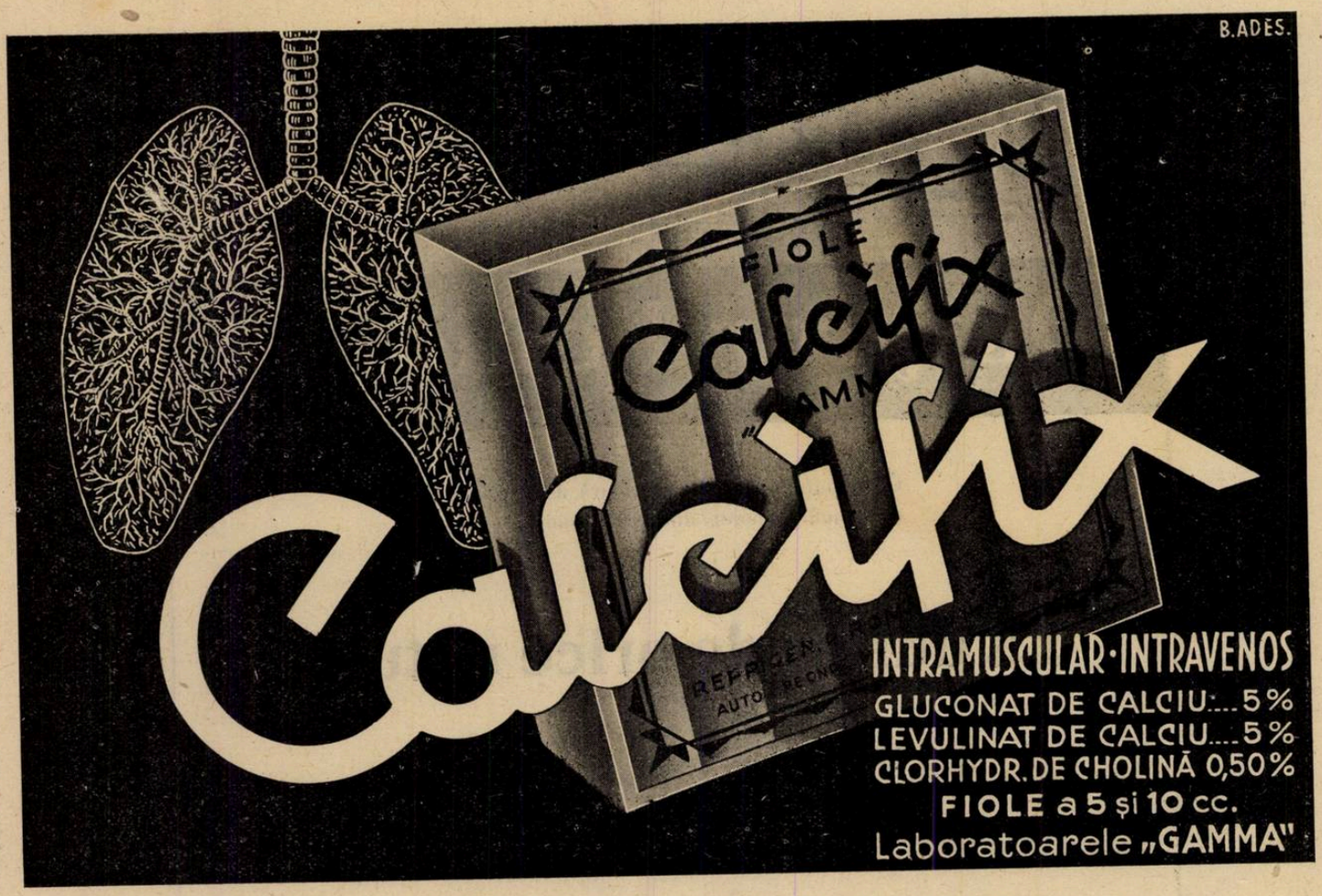
Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.

10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu **multă** apă. Nu se vor lua pe stomacul **gol**.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, București 3.



URTICARIE LITIAZĂ BILIARĂ
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

FIOLE INJECTABILE
Intern: comprim. **Extern:** soluţie, cremă

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Bucureşti IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

Raportând cifra deceselor de pelagră la numărul bolnavilor, vechi şi noi, din toată ţara, pentru o perioadă de 5 ani (1931 — 1935) găsim următoarele procente de letalitate:

1931	4.5
1932	3.8
1933	5.0
1934	3.4
1935	3.2

In 1938 letalitatea se ridică la 3.89%. Intr'un centru pelagros, bine controlat din punct de vedere sanitar (satul *Osoi*, din plasa Tomeşti-Iaşi), cu o morbiditate uneori foarte ridicată, letalitatea a oscilat între 0.7 şi 3.7% după cum se arată mai jos[1]).

Anul	Morbiditate	Letalitate
1930	71 la 1000 loc;	0.7 la 100 pelagroşi
31	71 „ „ „	0.74 „ „ „
32	86 „ „ „	2.6 „ „ „
33	81 „ „ „	3.7 „ „ „
34	83 „ „ „	0 „ „ „
35	97 „ „ „	0 „ „ „
36	35.4 „ „ „	1.33 „ „ „
37	49.5 „ „ „	0.93 „ „ „

Valoarea tuturor cifrelor de letalitate rămâne problematică, şi nu atât de sigură cât o socotesc autorii cari iau aceste cifre drept bază ca să calculeze morbiditatea de pelagră. In adevăr numărul bolnavilor la care se raportează decesele nu este determinat cu aceeaşi preciziune, — sau aproximaţie în fiecare an, şi mai ales cauza morţii, în cazurile de pelagră, este stabilită adesea arbitrar. Fără îndoială sinuciderile şi moartea pelagroşilor ajunşi la consumţie sau cachexie recunosc drept cauză pelagra. Dar când un pelagros care nu e nici prea bătrân, nici cachectic, moare în cursul unei boale a aparatului digestiv, de pildă, sau după orice altă boală rău îngrijită sau netratată, cauza *directă* a morţii este ea pelagra?. Medicul care complectează buletinul de deces notează pelagra, dar cauza directă, adevărată a morţii rămâne necunoscută; şi această greşală se face de cele mai multe ori în cazul pelagrei, fiindcă de obicei mijloacele de control şi verificare lipsesc medicilor la ţară.

Cauzele *indirecte*, probabile şi mai frecvente ale deceselor de pelagră se pot întrevedea cel puţin, dacă repartizăm aceste decese pe luni şi trimestre. Din comparaţia procentelor de morţi din 1932 — 1935 şi din 1938 rezultă că decesele de pelagră se produc cu o frecvenţă deosebită, *mai mare*, în trimestrul April şi Iulie al fiecărui an.

Aceleaşi calcule pentru decesele de «diaree şi enterite» din anul 1938, duc la constatări asemănătoare: nu numai copiii, ci toate vârstele dau cel mai mare contingent de morţi datorite «diareei şi enteritelor», în cursul lunilor de vară. O probabilitate destul de mare există ca frecvenţa deceselor în lunile mai călduroase să fie în legătură cu predominanţa boalelor aparatului digestiv în acest timp, la pelagroşi ca şi la nepelagroşi.

c) *Mortalitatea.* — Intr'o perioadă de 7 ani (1931 — 1937) media generală de 13.6 decese la 100.000 locuitori era cuprinsă între cifra minimă de 10.6 în 1932 şi maximum 16.6 în 1936 şi 1937. Dar această medie nu ne înfăţişează nici pe departe situaţia din vechiul regat şi din unele judeţe, în care mortalitatea de pelagră este sau cu mult mai mică, sau câteodată de 2 — 8 ori mai ridicată, după cum se vede mai jos:

Decese de pelagră la 100.000 locuitori

Provincii	1937	1938	1939
Oltenia	32.0	27.1	24.7
Muntenia	35.1	23.8	17.1
Dobrogea	5.8	5.3	2.9
Moldova	43.1	42.1	39.5

Scăderile din ultimul an, faţă de 1937, în judeţele din Oltenia şi cu deosebire în Muntenia sunt destul de mari ca să atragă atenţia asupra factorilor cari le-au putut produce.

Mortalitatea pe judeţe, — alese unele ca bântuite mai mult (13 judeţe), iar altele (4) ca mai puţin atinse, — pune aceeaşi întrebare: ce factori intervin ca să producă fluctuaţiile constatate în aceste judeţe, trei ani de-a rândul? Pentru această perioadă, cifra mortalităţii se menţine rareori tot timpul la acelaş nivel; uneori se ridică şi mai adesea scade, cu deosebire în 1939, după cum se vede din tabloul următor:

La 100.000 locuitori rurali

Judeţe	Decese de pelagră 1937	1938	1939
Gorj	53	40.7	31.2
Romanaţi	39	28.9	19.3
Argeş	46	41.1	27.8
Buzău	47	45.4	31.4
Dâmboviţa	46	30.3	26.9
Muscel	46	46.6	33.9
Vlaşca	40	24.4	18.3
Fălciu	83	97.3	82.1
Roman	77	80.6	85.0
Iaşi	47.5	80.8	62.7
Tutova	49.5	55.3	56.3
Tecuci	45.4	65.2	65.0
Vaslui	42	32.9	31.7
Mehedinţi	15	14.6	12.1
Brăila	9 (sic)	18.3	14.2
Ialomiţa	20	21.2	13.6
Dorohoiu	29	30.0	28.4

Dacă ceretările epidemiologice sunt făcute ca să slujească, mersul pelagrei din judeţele Fălciu, Roman, Iaşi, Tecuci şi Tutova nu va fi trecut cu vederea şi anumite măsuri de profilaxie şi asistenţă vor fi aplicate cu precădere în aceste regiuni de pelagră mai întinsă, poate şi mai gravă.

O particularitate a mortalităţii de pelagră este că sfârşitul letal al boalei se întâlneşte cu o frecvenţă cu atât mai mare, cu cât considerăm o vârstă mai înaintată, după cum se vede din următorul tablou comparativ:

Vârsta	Populaţie (1930) La 100 locuitori	Pelagroşi (1931-36) La 100 boln. noi	Decese de pelagră la 100 morţi 1938	1939
0-14 ani	33-3	12.1	4.9	3.6
15-44 „	47.5	59.2	23.4	21.2
Peste 45 „	18.2	28.5	71.5	75.0

Din acest tablou rezultă că procentual numărul copiilor pelagroşi, ca şi al copiilor morţi de pelagră este de câteva ori *mai mic* decât procentul populaţiei în vârstă de 0 — 14 ani; în grupul dela 15 — 44 ani proporţia bolnavilor întrece procentul populaţiei, pe când procentul morţilor de pelagră este de *două ori mai mic;* însfârşit în grupul de la 45 ani în sus procentul pelagroşilor morţi este *de 4 ori mai mare* decât cel care ar corespunde populaţiei din acest grup.

Raportul strâns dintre frecvenţa deceselor şi vârsta înaintată se vede şi mai lămurit din cifrele următoare:

Vârsta	Decese de pelagră 1938 Cifra absolută	La 100 decese pelagră	1939 Cifra absolută	La 100 decese
25-34 ani	220	6.7	181	6.3
35-44 „	466	14.2	373	12.9
45-54 „	778	23.7	687	23.9
55-64 „	887	27.0	840	29.2
65-74 „	526	16.0	4.6	16.2
75 an şi ipeste	73	2.2	159	5.5

In doi ani de-a rândul cel mai ridicat procent de morţi se întâlneşte în grupul dela 55 la 64 ani; încheierea ar fi că pelagra este mai gravă la bătrâneţe, dar nu uităm că în lipsa unei verificări serioase a deceselor la ţară, adevărata cauză a morţii rămâne adesea necunoscută, diagnosticată la întâmplare, după relatări sau observaţii îndoelnice, sau chiar închipuite.

Alt înţeles mai puţin discutabil al aceloraşi cifre este că atacurile repetate ale pelagrei duc la o îmbătrânire timpurie, cu slăbirea puterii de apărare a organismului faţă de oricare cauză de boală şi de moarte. In multe cazuri decesele bătrânilor foşti pelagroşi s'ar datora astfel nu direct pelagrei, ci stării de senilitate precoce, pe care o creiază şi o lasă în urma ei boala.

Cele câteva caractere epidemiologice schiţate aici, de bună seamă nu înfăţişează istoria naturală a pelagrei noastre endemice. In planul unui studiu complet asupra acestei probleme româneşti ar intra două capitole mari: unul tratând despre epidemio-

1) Al. Slătineanu şi colaboratorii. Pelagra în România. L. c., p. 154.

logia şi profilaxia pelagrei, şi celălalt despre epidemiologia şi geneza boalei. Intâiul ar constitui temelia şi îndreptarul unor măsuri antipelagroase localizate, bine adaptate cu împrejurările, iar al doilea capitol ar tinde să controleze şi să verifice pe teren principalele teorii cari au fost emise ca să lumineze geneza pelagrei ca entitate morbidă, şi mai ales ca endemie.

Când *Strambio* afirma cu tărie că pelagra este «*un vergognoso stigma di poverta, di apatia, di ignoranza*», pelagrologul italian avea dreptate. Judecata lui aspră ne-ar putea îndemna să încercăm mai metodic a şterge şi la noi această pată ruşinoasă «de sărăcie, de apatie şi de ignoranţă».

Inceputul l'ar face adunarea sârguincioasă şi publicarea unui mai bogat material documentar, cu observaţii tot deauna comparabile şi cuprinzând elementele necesare oricărui studiu de epidemiologie a pelagrei.

Tratamentul infecţiilor mâinei şi ale degetelor *)

de Conf. Dr. DAN BERCEANU

Chestiunea despre care scriu constitue un capitol din cele mai importante ale practicei chirurgicale de toate zilele.

Importanţa ei reiese din puţina importanţă ce i se dă în practica medicală curentă, fapt care atrage după sine grave complicaţiuni urmate de pierderea funcţională a mâinei şi adesea de pierderea vieţei prin grave complicaţiuni septice generalizate.

Statistica lui *P. Moure*, care arată că sumele plătite de Asigurările Sociale pentru incapacităţile rezultate din plăgile infectate ale mâinei şi degetelor reprezintă 46% din suma totală rezervată plăţilor pentru accidentele de muncă şi statistica *Prof. Clérmont*, din Zurich, care arată că mortalitatea dată de plăgile mâinei şi ale degetelor se găseşte în primul rând, în al doilea rând venind fracturile complicate ale coapsei, sunt mărturii capabile să convingă şi pe cei mai neîncrezători de importanţa ce trebue dată de clinicianul modern, acestei chestiuni de patologie externă.

Clasificarea anatomo-patologică a infecţiilor mâinei şi ale degetelor

Infecţiile superficiale desvoltate într'unul din straturile pielei:

Panariţiile flictenoide, peri-unghiale, antracoid, gangrenos, erizipeloid.

La mână: bătătura palmară, antracoid (dosul mâinei).

Infecţiile subcutanate, desvoltate în spaţiile celuloase ale mâinei şi ale degetelor:

La deget: Pre- şi sub-aponevrotice;

La mână: thenariene, hypothenariene, ale lojei mijlocii — pre-tendinoase şi retro-tendinoase.

Toate pot fi difuzate sau nu la antebraţ — mai puţin însă cele hypothenariene, apoi cele thenariene şi cel mai frecvent difuzează infecţiile lojei mijlocii prin canalul carpian.

Infecţiile tecilor sinoviale: mai puţin grave teno-sinovitele celor de al II-lea, al III-lea şi al IV-lea degete.

Mai grave, pentrucă sunt urmate mai întotdeauna de propagare la antebraţ, teno-sinovitele policelului şi auricularului.

Infecţiile scheletului, mai frecvente ale falangelor, excepţionale ale metacarpelor şi carpului.

In fine, *infecţiile articulare*, artritele primitive mai rar, secundare mai des.

Terapeutica

Această clasificare am enunţat-o pentrucă ea ne conduce *actul terapeutic.*

Terapeutica se compune din mijloace *biologice locale* şi *generale* şi din *actul chirurgical*, în care se cuprind: incizia, drenajul şi pansamentul.

Capitolul terapeuticei biologice se aplică la toate infecţiile mâinei şi ale degetelor.

Capitolul actului chirurgical diferă:

a) pentru infecţiile superficiale,

b) pentru infecţiile spaţiilor celuloase pre- şi sub-aponevrotice şi

c) pentru teno-sinovite, osteite şi artrite.

Intreagă această terapeutică nu poate fi însă util aplicată fără cunoştinţe solide de *fizio-patologia* infecţiei şi supuraţiei, de reacţiunea biologică locală şi generală a organismului faţă de insulta locală sau generalizată a piogenului şi de *cunoştinţa complectă a anatomiei* mâinei şi a degetelor.

Terapeutica biologică

Locală: La locul inoculării antigenului piogen, organismul reacţionează prin roşeaţă, căldură şi oedem — cari nu sunt altceva decât semnele fizice ale congestiei, adică ale apelului elementelor figurate mobile ale sângelui şi ale celorlalte sisteme de apărare toxi-infecţioasă a organismului. Intensificarea acestor procese biologice prin orice agent fizic sau chimic va constitui o bună terapeutică locală. Iată de ce sunt indicate: băile fierbinţi (nu antiseptice), prişniţul, diferitele şi numeroasele cataplasme, raze ultra-scurte, infra-roşii, etc.

Aceste tratamente, în infecţiile superficiale şi incipiente, grefate pe un organism tânăr, sănătos şi rezistent, capabil de reacţiuni robuste, pot da rezultatul dorit.

Dar varietatea, rezistenţa şi agresivitatea antigenului joacă de partea ca un rol preponderent.

De aceea în infecţiile mai profunde şi chiar în unele aspecte clinice ale unor infecţii superficiale, medicul este împins chiar dela început să pună în mişcare reacţiunile generale de apărare toxi-infecţioasă a organismului.

Terapeutica generală

Această terapeutică poate să se adreseze:

a) fie numai reacţiunilor de apărare generală a organismului,

b) fie rezistenţei şi agresivităţei antigenului,

c) fie deodată ambelor.

In linie generală acţiunea spontană a organismului faţă de un atac microbian care caută să invadeze, se traduce *clinic* prin *febră*, iar la *laborator*, printr'o hiperleucocitoză unde neutrofilul şi histiocitul predomină.

a) A anticipa această leucoliză termogenă constitue terapeutica biologică generală adresată reacţiunilor de apărare toxi-infecţioase ale oganismului. (a). Cercetările noastre experimentale făcute alături de *Prof. Delbet* (1924 — 1925), cum şi o îndelungată practică, ne-au arătat că o injecţie de 1½ — 2 cc. de vaccin Delbet este capabilă de a provoca această reacţiune cu urmări de cele mai multe ori salutare, dacă vaccinarea a fost făcută la începutul infecţiei.

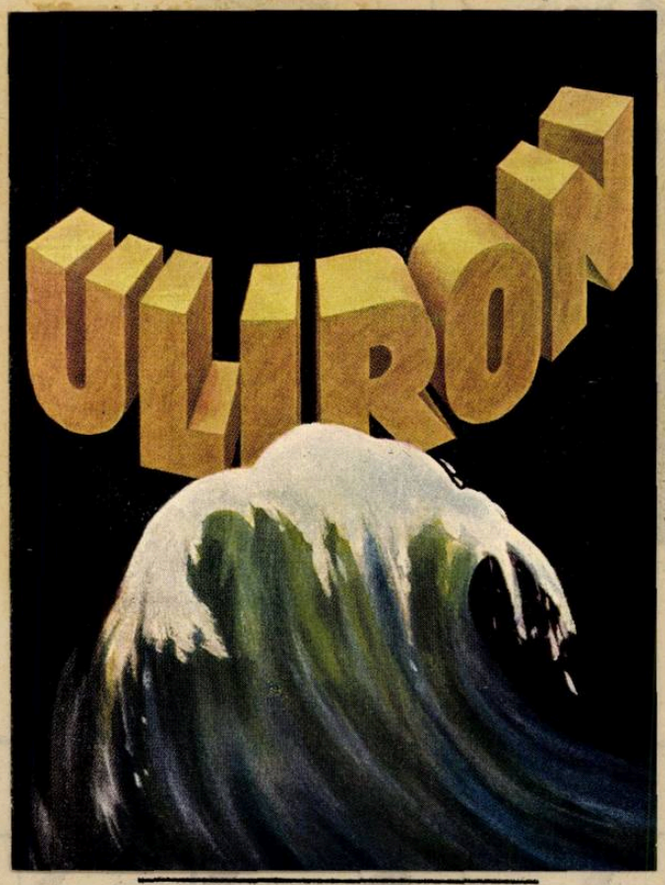
Nu se va injecta niciodată mai mult de 2 cc. şi *nu se va injecta niciodată mai mult de două ori*, aşteptându-se, pentru a doua vaccinare 2 — 3 zile, în care timp bolnavul va fi intens hrănit (clorurat, hidrocarbonat, hydratat).

b) De cele mai multe ori, mai cu seamă în infecţiile rapid progresive, nu organismul este deficient, ci varietatea, rezistenţa şi puterea agresivă a antigenului joacă primul rol nociv.

Chimio-terapia prin sulfamide, capabilă de a ridica această rezistenţă şi agresivitate a antigenului, întocmai ca şi imun-serumul sau anatoxina lui *Ramon*, poate fi utilizată cu rezultate bune.

c) Dar dacă la unii indivizi simpla paralizare temporară a antigenului poate obţine victoria prin atacul ele-

*) Acest capitol se găseşte descris pe larg în Vol. III din tratatul meu de Anatomie Topografică şi Chirurgicală. (Membrul Superior) Librăria n Leon.



Pentru tratamentul eficace,
pe cale bucală,
a BLENORAGIEI

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86. Sucursala: Cluj, Cal. Moţilor 18. Tel: 37-22.

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23
Domnii Medici găsesc la dispoziţia D-lor, mostre gratuite la cerere.

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46.

mentelor lor de apărare toxi-infecţioasă, clinica ne-a arătat şi ne arată zilnic cazuri îndelungat tratate prin seruri, anatoxine şi sulfamide cari continuă evoluţia mizerabilă a infecţiei.

Pentru a obţine un rezultat este necesar ca, pe lângă paralizarea antige-

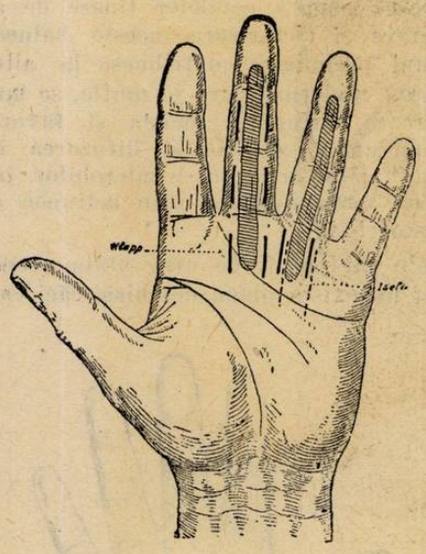


Fig. 1

nului, să se stimuleze concomitent şi apărarea organismului. Este ceeace am obţinut noi prin metoda noastră de tratament a infecţiilor locale şi generalizate (septicemii), asociind, conform unei anumite technice bazată pe cunoştinţe stabilite de fizio-patolo-

Fig. 2

gie, chimio-terapie şi vaccinarea antipiogenică.

Iată această tehnică în rezumat, expusă pe larg în Buletinul Congresului Naţional de Chirurgie din 8—12 Nov. 1936:

La 4 ore după ce am injectat bolnavului intra-muscular 5—10 cc. de Prontozil, Proseptin sau o sulfamidă oarecare, injectăm 1½—2 cc. vaccin Delbet. Imbogăţirea sângelui atât calitativ, cât şi cantitativ prin punerea în hiperfuncţiune a organelor hematopoetice şi a sistemului reticulo-endotelial, va avea un efect salutar atât local, cât şi general, sterilizând organismul, în parte sau complect, de un antigen robust, agresiv şi rezistent, element principal în producerea celor mai multe septicemii, *temporar paralizat* prin sulfamida injectată.

Dacă efectul dorit de vindecare este obţinut în parte şi nu complect — şi aceasta ne-o arată clinica, — procedeul se poate repeta la 2—3 zile interval, în care timp nici unul din mijloacele ce ni le pune la îndemână terapeutica modernă pentru a ridica potenţialul şi rezervele de reacţiune ale organismului nu va fi fost lăsat la o parte: hydratare intensă, hydrocarbonare, alimentaţie substanţială şi uşor de asimilat, vitaminare, clorurare, iar după caz, susţinerea cordului şi a aparatelor reductorii şi excretorii (ficat, rinichi, piele).

Actul chirurgical şi îngrijirea post-operatorie, atunci când sunt indicate, căci întrebuinţând mijloacele de mai sus, am avut numeroase cazuri unde chirurgul a rămas într'o sterilă expectativă — fiind făcute în asemenea conjuncturi biologice, se execută în securitate şi evoluează spre o vindecare rapidă, în condiţiuni normale şi *fără complicaţii.*

Intervenţia chirurgicală

Se compune din *incizia liberatoare* a produselor rezultate din procesul patologic al conflictului antigen — organism şi din *îngrijirile post-operatorii* cari trebue să asigure un *drenaj generos* şi un *pansament* oclusiv care să ocrotească procesul de cicatrizare şi să ferească plaga de complicaţia gravă a supra-infecţiei.

Incizia

Inciziile se împart, din punct de vedere tehnic, în două mari capitole, după cum infecţia s'a desvoltat:

a) superficial sau în ţesutul celulos pre- sau sub-aponevrotic (solida aponevroză digito-palmară),

b) în tecile sinoviale: ale degetelor II, III şi IV, ale policelui şi auricularului.

a) In *panariţiile din jurul unghiei* se va inciza în U şi se va scoate unghia.

In *panariţiile pulpei* se va tăia în clapă pulpa, pe faţa ventrală a degetului, până la prima plică de flexiune a falangetei, pe falangină; răzându-se faţa ventrală a scheletului — se lasă o lamă de cauciuc ca dren, 24 de ore, apoi se ridică definitiv.

In *panariţiile segmentului* mijlociu şi proximal al degetului, incizia mediană clasică a căzut, ea având defectul de a deschide teaca sinovială şi a infecta tendonul, complicaţie dezastruoasă prin durata eliminării tendonului şi prin incapacitatea funcţională ce capătă un deget astfel operat.

Inciziile cu contra-incizia laterală sunt azi inciziile ideale (Fig. 1).

In supuraţiile ultimelor 3 spaţii co-

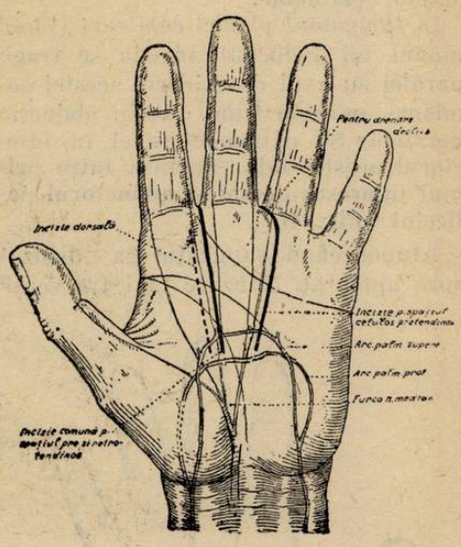


Fig. 3

misurale, incizarea largă a comisurei cu coadă pe degetul dela care s'a propagat supuraţia, pentru a deschide canalul lombrical al lui Kanavel, este incizia adevărat chirurgicală (Fig. 2).

In *flegmoanele spaţiilor celuloase* palmare, sub-aponevrotice, pre- sau

Fig. 4

retro-tendinoase: incizia prin spaţiul operator dintre I-ul şi al II-lea lombrical, deschide larg loja palmară mijlocie atât în compartimentul său pretendinos, cât şi în spaţiul retro-tendinos; o contra-incizie pe dosul mâinei reperată printr'o sondă canelată introdusă în plaga chirurgicală palmară poate folosi drenajului larg, în caz de supuraţie a lojei retro-tendi-

noase mijlocii a mâinei. In timpul inciziei palmare se va feri furca nervului median şi arcada palmară profundă. Arcada palmară superficială va fi secţionată între 2 legături (Figura 3).

In *supuraţiile lojilor thenare şi hypothenare*, incizia largă se va trage dealungul contururilor palmare ale acestor eminenţe.

In *flegmonul primei comisuri* (Flegmonul lui Delbeau), incizia se trage paralel cu axul deschiderei acestei comisuri, policele fiind dus în abducţie maximă. Se pătrunde astfel în interiorul acestei loji, cuprinsă între primul interosos dorsal şi adductorul policelui (Fig. 4).

Atunci când supuraţia a difuzat spre antebraţ, difuzare mai frecventă

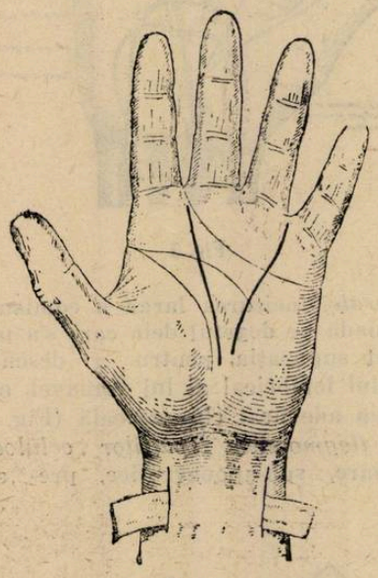


Fig. 5

din loja palmară mijlocie, secţionarea ligamentului (Lecène, Picqué) azi nu mai este permisă. Se va inciza lateral gâtul mâinei, pătrunzându-se dintr'o parte în cealaltă pe deasupra muşchiului pronator pătrat şi pe sub toate tendoanele flexorilor şi pachetelor vasculo-nervoase (cubital, median şi radial); o lamă de cauciuc va face, în primele 2-3 zile, un drenaj generos. (Fig. 5).

b) In *invadările septice ale tecilor sinoviale*, ale celor de-al II-lea, al III-lea şi al IV-lea deget, incizare laterală cu contra-incizie de partea opusă — dren prin lamă de cauciuc transfixiantă.

In *teno-sinovitele policelui şi auricularului* se vor deschide aceste teci:

la degete: dealungul marginelor lor palmare,

la eminenţele thenare sau hypothenare: dealungul limitelor lor palmare,

la antebraţ: se vor deschide fundurile de sac ale sinovialelor prin aceiaş cale prin care s'a mers pentru a se deschide supuraţiile spaţiilor celuloase ale mâinei, difuzate la antebraţ. (Fig. 5, 6).

Inciziile vor fi *largi* — pentru aceasta cunoştinţele anatomice sunt absolut necesare. *In tratamentul chirurgical al infecţiilor mâinei şi ale degetelor dacă chirurgul a păcătuit, a fost întotdeauna prin micimea inciziei ce a făcut şi niciodată prin mărimea lor* (orice rezervă anatomică fiind făcută).

O incizie largă, dublată de o contra-incizie anatomic condusă, ne-a dispensat de cele mai multe ori de drenaj, adică de introducerea unui corp străin într'un focar în care acţiunea factorilor de apărare organică este deja destul de încercată.

Drenajul

Un focar infecţios sau o colecţie corect deschisă va pune întotdeauna leziunea «à plat». Cu alte cuvinte, spaţiul rezultat prin incizie va avea forma unei «pâlnii», marginile plăgii circumscriind limitele fundului.

In asemenea condiţiuni, drenajul devine inutil, substanţele rezultate din procesul supurativ scurgându-se cu uşurinţă în afară. Drenajul este o încercare, de cele mai multe ori nereuşită, de a corecta o incizie insuficientă. *In majoritatea cazurilor nu drenăm.* Incizia largă şi contra-incizia ne dispensează de acest act achirurgical şi acitofilactic. Când suntem nevoiţi a drena anumite supuraţii difuze ale spaţiilor celuloase sau tenosinovitele policelui şi auricularului, limitate sau difuzate la antebraţ, drenajul este de scurtă durată. Termenul de a ridica drenajul este pentru noi o preocupare importantă. In general păstrăm drenul 2-3 zile. Dacă după ridicarea lui leziunea se agravează, atunci nu o nouă drenare o va îmbunătăţi, ci o reintervenţie chirurgicală. *Suntem contra drenajului oclusiv şi îndesat.* Când aplicăm un astfel de drenaj-tampon, forţaţi de hemoragii, nu-l ţinem mai mult de 24—48 de ore. Menţinerea mai îndelungată a unui astfel de tampon, prin simpla logică, anihilează incizia şi utilitatea ei.

Pentru menţinerea buzelor plăgii deschise, rolul de căpetenie al drenajului, noi întrebuinţăm întotdeauna lama de cauciuc, confecţionată «ad-hoc» dintr'o mănuşe Chaput reformată. Nu suntem partizani ai *tuburilor* şi *meşelor* de tifon.

Pansamentul

Primul pansament *umed* (ser fiziologic), fără gutapercă, rămâne pe loc 48 de ore.

In acest timp bolnavul va lua 2-3 băi fierbinţi de apă uşor desinfectată.

Preferăm băile cu apă sărată izotonică, din cauza acţiunei locale antitoxice şi citofilactice. Sunt singurele băi ce ordonăm. *Suntem adversari ai băilor prelungite* în bazine speciale, umplute cu soluţii aşa zise antiseptice.

In afară de posibilitatea supra-infecţiei, observată curent cu ocazia acestor băi, în afară de acţiunea lor nocivă asupra celulelor tinere de apărare şi cicatrizare, aceste balneaţiuni prelungite contribuesc la alterarea epidermei care se umflă, se macerează, astupând incizia şi favorizând astfel retenţia şi difuzarea în profunzime şi în sus a microbilor, într'un teren infiltrat prin acţiunea acestor băi.

Pe cât pot fi de utile atâta vreme cât nu există plagă deschisă, căci cal-

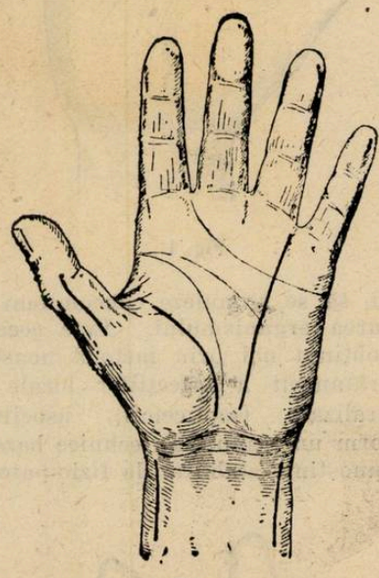


Fig. 6

mează durerea şi favorizează, prin hyperemia ce provoacă, procesul de apărare, pe atât sunt de inutile şi periculoase când infecţia a fost larg deschisă.

Pansamentele au scopul de a absorbi produsele supuraţiunei, ferind totodată plaga de *supra-infecţiune.*

Din acest punct de vedere *asepsia* cea mai riguroasă trebue să domnească atât în timpul operaţiei, cât mai cu seamă în timpul pansamentelor.

Supra-infecţia este duşmanul cel mai de temut al plăgilor infectate ale mâinei şi ale degetelor, supuraţia tendonului — care rezistă la streptococul de origină, dar care se exfoliază într'un timp îndelungat odată atins de stafilococ, — fiind complicaţia locală cea mai gravă a acestor plăgi.

Observaţia clinică a leziunei va indica spaţiul de timp ce va fi lăsat între două pansamente. In primele zile le schimbăm zilnic, apoi la 2-3 zile şi spre sfârşit mai rar.

Niciodată antiseptic în plagă. Admitem soluţiile citofilactice ca cloru-

NOU!

Chimioterapia sulfamidată

a infecţiunilor cu:

Pneumococi
Gonococi
Meningococi
Stafilococi
Streptococi

SULFORONIN

Dr. Wander

Tablete cu 0,5 gr. Sulfanilyl-aminopiridină

Tuburi cu 24 tablete.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI. Str. Cazărmei 89, Tel. 5-19-00

In tratamentul constipației

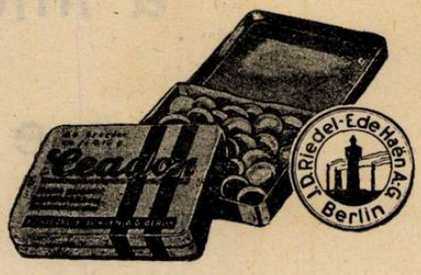
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

LABORATORUL „THERGAN", ARAD

Recalcifiant ideal

CALCOSAL iradiat
granule

Compoziție: Ergosterină iradiată, Ca. lactic, fosforic, glicerofosforic, Extr. Kola și Nux vomica.
Indicații: Debilitate, rachitism, T. b. c., pulmonară și osoasă, Limphatism, fracturi, turburări de sarcină și alăptare.
Posologie: Adulți 2—3 linguri, copii 2—3 linguriță, pe zi.
Cutii orig. 150 gr.—

Anemii pernicioase, anemii simple, debilitate, surmenaj, convalescență,

HEPATON SIROP

Compoziție: Extr. Heparis, Extr. Lienis, Linquor Arsen Fowleri, Extr. Kola.
Posologie: Adulți 3 linguri. Copii 2—3 linguriță pe zi
Flc. orig. 150 gr.

Sedativ al tusei-anti-spasmodic

SEDATUSSIN-SIROP

Compoziție: Tetraguajacolat de Calciu, Bromoform, Efedrină, Tripaflavin, Calciu bromat, Sirop Citri. Se administrează cu succes în toate afecțiunile acute și cronice, astm, gripă, pneumonii, emphisem, tuse, convulsivă, T. b. c.
Posologie: Adulți 3 linguri, Copii 3 linguriță pe zi.
Flc. orig. 180 gr.

Tonic-Metalic

FERROCUTON SIROP

Compoziție: Ferum sulfuricum, Cuprum sulfuricum, Na. kakodilicum, Acid chlorhydric.
Indicațiuni: Anemii primare, secundare, chloroză, neurastenie.
Posologie: Adulți 3 linguri, Copii 3 linguriță pe zi.

Literatură și eșantioane trimite la cerere—gratuit, «**THERGAN**». Industrie farmaceutică, Arad, Strada Ion Calvin No. 38. — Preparatele se găsesc la toate depozitele Engros de medicamente din Capitală.

rul de magneziu şi serul fiziologic cu scop de spălare, iar în ultimul timp am întrebuinţat, cu rezultate excelente, soluţiile de sulfamide în pansament local. Deasemenea aplicarea locală de untură de peşte în suspensie oleoasă (Löhr) ne-a dat rezultate bune. Injecţiile intra-arteriale cu sulfamide sau mercuro-crom sunt excelente, dar de o practică mai dificilă mai ales la femei, copii şi bolnavi graşi. Nu imobilizăm; dimpotrivă sfătuim bolnavul de a mişca cât mai mult posibil articulaţiile mâinei şi ale degetelor. In acest scop căutăm a face pansamentul (personal) în aşa fel, încât lăsăm părţile sănătoase libere să fie mişcate. Tragerea feşei în plăgile infectate ale mâinei şi degetelor este un act atât de important pentru evoluţia fericită a acestor leziuni, încât noi nu lăsăm niciodată să fie făcută de altcineva.

Anestezia — hemostaza

Intervenţiile chirurgicale ce se fac în infecţiile mâinei sau ale degetelor sunt intervenţiuni de mare chirurgie, dacă judecăm importanţa lor din punct de vedere al vieţii bolnavului şi al capacităţii funcţionale a mâinei lui.

De aceia nu este permis a se opera pe un colţ de masă, sub o pulverizare superficială cu kelen, aşa cum se obişnueşte în majoritatea cazurilor. Acest fel de a opera stă la baza celor mai grave complicaţiuni ale acestor leziuni. In asemenea condiţiuni actul chirurgical va fi incomplect făcut.

Intervenţiile chirurgicale în leziunile infectate ale mâinei şi degetelor se vor face fie într'un cabinet medical bine utilat, cu personal ajutător (un anestezist şi un ajutor), fie într'o clinică.

Anestezia locală noi nu o practicăm în leziuni septice.

Anestezia generală cu kelen ne-a dat întotdeauna deplină satisfacţie.

In cazuri de flegmoane difuze şi teno-sinovite, operaţia capătă proporţia unei intervenţii de mare chirurgie.

Anestezia generală cu eter, pregătită printr'o anestezie de bază (genoscopolamină) se impune, cum deasemenea se impune operaţia într'o clinică şi observarea de aproape a bolnavului, spitalizându-l cel puţin 6-7 zile.

Niciodată chirurgul nu va lăsa îngrijirile post-operatorii pe seama unui asistent. Tot succesul depinde de supravegherea de aproape a bolnavului de către operator care este obligat să-şi ia toată răspunderea.

Hemostaza: Nu facem niciodată hemostază la baza membrului superior. Cunoaşterea exactă a anatomiei conduce incizia fără a secţiona vase importante. Hemoragia rezultată din vase secundare şi capilare are un *rol profilactic foarte important.* Sângele care se scurge în timpul operaţiei şi pe care voluntar îl lăsăm să se scurgă 30"—60" după terminarea intervenţiei, este cel mai ideal spălător al unei plăgi infectate.

Are două calităţi dominante:

a) este microbicid şi anti-toxic,

b) spală dinăuntru în afară.

Un tamponament cu ser fiziologic, apă oxigenată sau cu o meşă îmbibată cu eter iodoformat, cum obişnuesc alţi chirurgi, este suficient ca să oprească aceste hemoragii. Acest tamponament constitue şi primul pansament care va fi ţinut 24-48 ore.

Infecţiile mâinei şi ale degetelor trebuiesc operate şi supravegheate post-operator de un chirurg avertizat, bun biologist, bun anatomist, dotat cu conştiinciozitate, devotament şi multă răbdare.

Numai astfel viaţa bolnavului şi capacitatea funcţională a mâinei lui vor fi salvate.

Intreg succesul final depinde de îndeplinirea acestor condiţiuni.

Am ţinut a publica acest extrem de important capitol de patologie externă şi mulţumesc pe această cale D-lui Prof. Petre Tomescu, pentru ospitalitatea ce mi-a dat în excelenta şi răspândita D-sale Revistă Medicală.

Pe această cale, el va ajunge mai curând sub ochii celor interesaţi a cunoaşte rezultatele unei practici îndelungate, într'o chestiune atât de dificilă, a cărei iniţiere a fost făcută la şcolile de mondială notorietate şi valoare a Profesorului Gerota şi a Profesorului Pierre Delbet.

Omagiul şi gratitudinea faţă de aceşti doi mari maeştri ai chirurgiei se exprimă într'o mică parte prin această publicare.

Combaterea insuficienţii circulatorii în bolile infecţioase.[1]

de Conf. Dr. I. GAVRILĂ

Graţie multiplelor metode de examinare, clinice şi de laborator, insuficienţa cardio-vasculară este foarte bine studiată. In general se deosebeşte cu aceste metode de examinare o ipotensiune arterială de origine cardiacă, *ipotensiune centrală*, apoi o ipotensiune de origine periferică, vasculară, *ipotensiune periferică*. Pe lângă ipotensiunea centrală cardiacă şi cea periferică vasculară mai există o a treia formă şi anume: *ipotensiune centrală vasomotorică*. Consecinţa tuturor acestor tipuri de ipotensiune arterială în faza lor înaintată, poate fi colapsul cardio-vascular, care adesea este mortal.

Tratamentul ipotensiunii arteriale centrale este destul de bine pus la punct prin preparatele de ouabaină, strofantină, digitală, etc., în schimb tratamentul atoniei circulatorii periferice este încă la început. Este adevărat că preparatele: adrenalina şi efedrina, au acţiune periferică remarcabilă, însă urcarea tensiunii prin aceste medicamente se face graţie unei vasoconstricţii arteriale intense, ceeace poate avea consecinţă un surplus de muncă din partea inimii şi să se producă consecutiv şi o insuficienţă cardiacă de origine centrală. Medicamentul ideal al ipotensiunii arteriale periferice ar trebui să readucă tensiunea la normal, în aşa fel, ca să nu reclame în acelaş timp şi un surplus de muncă din partea inimii. Acest medicament ar trebui să acţioneze asupra sângelui din depozitele sanguine, din organele viscerale şi în acest fel să mărească cantitatea de sânge circulant în organism, ceeace are drept consecinţă apoi şi urcarea tensiunii arteriale. Un astfel de medicament pare a fi noul medicament cardiovascular, veritolul, preparat de Casa Knoll.

Intr'adevăr, cercetările experimentale foarte numeroase şi importante ale profesorului Rein au pus în evidenţă acţiunea farmacodinamică a veritolului asupra sistemului cardiovascular.

Formula chimică a preparatului este beta — (p-oxifenil) — insopropilmetilamin.

Rein în cercetările experimentale făcute pe numeroşi câini, constată următoarele: după administrarea intravenoasă de 0,05-0, mg. de veritol pe kg. de animal se constată o urcare de tensiune, ce ajunge maximum în 2-3 minute şi durează 25—90 minute. Autorul a făcut foarte multe cercetări experimentale comparative între veritol şi celelalte medicamente cu efect asupra ciculaţiei periferice, în special adrenalina. El a arătat deosebirea esenţială între acţiunea farmaco-dinamică asupra circulaţiei a veritolului şi a adrenalinei.

Veritolul ridică tensiunea arterială aproape în mod fiziologic. După injecţia cu veritol, tensiunea arterială se urcă încet, progresiv, timpul de latenţă între momentul injecţiei şi începerea urcării tensiunii, este mai lung, ca la adrenalină. Efectul lui se exercită în primul rând periferic. Are o acţiune tonizantă asupra sistemului

---

1) Lucrare făcută în Clinica Medicală I. Cluj Dir. *Prof. Dr. J. Haţieganu*, Spitalul Epidemic din Cluj Medi- primar: *Conf. Dr. I. Gavrilă.*

venos, acţionează asupra depozitelor sanguine din organele viscerale, pe care le mobilizează, prin aceasta mărind în mod considerabil masa sângelui circulant şi contribuind la ameliorarea funcţiunii întregului aparat cardio-vascular. Acţiunea veritolului asupra circulaţiei se manifestă mai ales în cazurile, unde refluxul sangvin în spre inimă este micşorat. Sub acţiunea veritolului, inima nu este supusă la un surplus de muncă, tocmai fiindcă tensiunea arterială după acest preparat se urcă lent şi progresiv. Preparatul are şi o uşoară acţiune de vasoconstricţie periferică, totuşi circulaţia *renală nu este influenţată*, fiindcă diureza nu este micşorată, uneori sub acţiunea lui se produce chiar o mărire a diurezii.

După H. Rein, veritolul a fost cercetat de foarte mulţi alţi autori experimental pe animale şi în clinică pe bolnavi şi indivizi cu aparat cardio-vascular normal, confirmându-se constatările lui Rein, făcute asupra acestui preparat şi completându-le cu altele.

Dacă se injectează intravenos la om 0,01 gr. de veritol- tensiunea arterială creşte deja după câteva secunde şi după 5—10 minute ajunge maximum de urcare, durează 20—30 de minute, uneori mai mult.

Dacă se injectează 0,02 gr. veritol pe cale intramsculară, tensiunea începe a se urca după 2—5 minute, ajunge la maximum după 20 de minute şi revine la normal după 60—90 de minute. Acţiunea veritolului se manifestă foarte repede şi după injecţia subcutanată, întrucât resorbţia lui se face foarte repede şi pe această cale, el neproducând vasoconstricţie locală.

După injecţia cu veritol, pulsul în multe cazuri nu îşi modifică frecvenţa, însă el devine mai plin, ceeace constitue deosebirea esenţială între veritol şi adrenalină sau preparatele adrenalinice, cari produc toate în mod constant o accelerare însemnată a pulsului.

Eficacitatea se observă şi după administrare de veritol pe cale bucală, pe această cale acţiunea lui se produce ceva mai încet, decât pe cale parenterală, însă ea durează timp mai îndelungat (1½ ore, sau mai mult). Şi prin eficacitatea lui pe cale bucală, veritolul se deosebeşte de adrenalină şi alte preparate similare.

Cercetările diferiţilor autori, făcute pe oameni, au mai pus în evidenţă, că după administrare de veritol tensiunea venoasă scăzută încă creşte, urmând repede urcarea tensiunii arteriale. Cantitatea sângelui circulant, măsurată cu ajutorul roşului bengal, creşte în mod remarcabil după veritol. Glicemia nu creşte după administrarea veritolului, nu se produce glicozurie, deci acest preparat nu scade glicogenul hepatic, ceeace înseamnă că poate fi administrat şi indivizilor cu afecţiuni hepatice.

Indicaţiile veritolului în patologia cardio-vasculară sunt în toate cazurile unde se înregistrează o ipotensiune arterială de origine periferică, cu consecinţele acestor ipotensiuni, indiferent de împrejurările în cari ele se produc.

Astfel se utilizează cu bune rezultate în patologia chirurgicală, în atoniile circulatorii ce survin după intervenţiuni, se utilizează în aceste împrejurări şi în mod preventiv înainte şi după intervenţia chirurgicală pentru prevenirea accidentelor ipotensive. Se întrebuinţează apoi cu succes în cursul anesteziilor. Se aplică în colapsul ce se instalează după naştere.

In patologia medicală, câmpul de aplicare este destul de larg şi cu rezultate însemnate. Se aplică în ipotensiunea esenţială, în ipotensiunea diabeticilor şi în stările de colaps din coma diabetică.

Se utilizează astăzi pe o scară întinsă în toate atoniile circulatorii periferice, cari adesea merg până la colaps, ce survin în cursul *bolilor infecţioase* şi în convalescenţa acestor infecţiuni. Tot aşa rezultate bune se notează cu acest preparat în ipotensiunile survenite în cursul intoxicaţiunilor.

H. Robbers a întrebuinţat veritolul în 100 cazuri, suferind în special de infecţiuni şi intoxicaţiuni (pneumonie, gripă, febră tifoidă, paratifoidă, scarlatină, difterie, intoxicaţiuni diverse), la cari există o ipotensiune arterială, instalată în cursul bolii. Autorul demonstrează, că veritolul este capabil să readucă tensiunea la normal şi prin o administrare potrivită această tensiune poate fi menţinută aproape la normal. Dacă în unele cazuri se înregistrează insuccese, apoi cauza acestor ipotensiuni este deobiceiu de origine centrală, cardiacă, ceeace s'a demonstrat prin electrocardiografie sau necropsie. Dacă veritolul este ineficace, atunci şi celelalte medicamente ipertensive rămân fără efect. Reacţiuni secundare n'a observat.

I. Dieckhoff aplică veritolul în difteriile toxice şi în atoniile circulatorii, produse de aceste difterii toxice. Prin cercetări numeroase pe bolnavi cu difterii toxice şi în mod experimental pe cobai şi pe pisici, autorul arată că ipotensiunea arterială şi colapsul din difterie sunt datorite în primul rând diminuării masei circulante sangvine, mai demonstrează că şi în colapsul, produs prin miocardita diferică, cantitatea de sânge circulant este diminuată. Veritolul în toate cazurile a produs o mărire a masei circulante de sânge şi prin aceasta o ameliorare a circulaţiei sangvine, o mărire a tensiunii arteriale, care uneori era numai trecătoare.

Mamier utilizează veritolul în pediatrie la copii suferind de bronchopneumonii, intoxicaţii alimentare, febre paratifoide, acompaniate de ipotensiuni arteriale şi de stări de colaps şi în general cu rezultate bune.

Aplicăm şi noi acest nou medicament cardio-vascular, veritolul, pus la dispoziţie de către Casa Knoll, aproximativ de 2½ ani în diverse boli infecţioase, în special în cele mai grave, care se acompaniază de ipotensiuni arteriale, mai mult sau mai puţin importante, cari pot merge până la stări de colaps. Bolile infecţioase, în cari l'am utilizat, sunt următoarele: febra tifoidă, febrele paratifoide, tifusul exantematic, scarlatina, difteria, gripa, empiem postgripal, pneumonie, cărbune, erizipel. Utilizăm preparatul totdeauna în boala serului, când în aceasta se produc şi turburări cardio-vasculare, cari pot merge până la colaps de origine periferică.

Vârsta bolnavilor noştri a variat foarte mult, au fost între ei copii, începând deja dela vârsta de 1 an, au fost numeroşi adulţi de vârstă mijlocie, după cum au fost şi bătrâni.

In cele mai multe cazuri tensiunea a fost controlată înainte şi după administrare de veritol prin tensiometrul Vaquez-Laubry, în interpretarea rezultatelor am ţinut cont şi de comportarea pulsului şi de starea generală a bolnavului.

Până în prezent am întrebuinţat preparatul în *158 de astfel de cazuri*, confirmând întru toate rezultatele favorabile obţinute de alţi autori în aceste stări infecţioase.

Calea de administrare şi dozajul. In foarte multe cazuri cu stări infecţioase serioase am administrat veritolul în mod preventiv, înainte de a se produce o atonie circulatorie periferică mai importantă, cu scopul chiar de a preveni această ipotensiune. In aceste cazuri foarte adesea am administrat preparatul pe cale bucală, câte 5 picături de mai multe ori pe zi la copii şi câte 10 picături de mai multe ori pe zi la adulţi (3-5 ori). Tot pe cale bucală am administrat preparatul şi în ipotensiunile întâlnite în convalescenţa unor boli infecţioase.

In cazurile cu ipotensiune manifestă am administrat preparatul sub formă de injecţiuni intramusculare, la copii 0,25—0,50 cc., la adulţi 0,50—1 cc., de 2-4 ori pe zi.

In câteva cazuri cu ipotensiune foarte pronunţată, cu stări de colaps, am recurs şi la injecţiuni intravenoase, 0,25—0,50 cc., după vârstă, repetând dozele în caz de lipsă. După trecerea stării de colaps se poate trece dela injecţiile intravenoase la injecţii intramusculare, apoi chiar şi la calea bu-

cală pentru tratamentul de întreţinere.

Durata tratamentului în general a fost destul de lungă în toate cazurile, variind între 10-20 de zile, după caz şi gravitate.

In nici într'un caz n'am observat reacţiuni neplăcute din partea organismului.

Iată cazurile noastre, unde am administrat preparatul:

Pneumonii. Au fost 15 cazuri, toate fiind survenite la adulţi. Administrarea am făcut-o deja în perioada de stare a boalei pe cale bucală sau sub formă de injecţiuni, administrarea s'a continuat şi în primele zile de convalescenţă până la revenirea tensiunii la normal. In cele mai multe cazuri tensiunea maximă era scăzută între 9-10 la L-V., care sub influenţa veritolului totdeauna s'a urcat până la 11-12, în convalescenţă revenind apoi la normal. In 2 cazuri în momentul crizei s'a produs un adevărat colaps, cu tensiunea maximă de 6½—7, unde am administrat veritolul intravenos, 0,50, apoi am continuat intramuscular, ambele cazuri revenindu-şi progresiv.

Bronchopneumonii. Au fost în număr de 10, dintre ele 6 survenind la copii între 1-5 ani, după rugeolă. Şi aici am administrat veritolul pe cale bucală şi sub formă de injecţii după gravitatea cazului. La copii mai mici controlul eficacităţii tratamentului l'am făcut mai mult în funcţie de amplitudinea pulsului şi de starea generală a micului bolnav, care după administrare de veritol totdeauna se ameliorau.

Empieme. Am aplicat medicamentul în 8 cazuri de empieme postgripale, cu stări ipotensive, cu rezultate mulţumitoare. Trei din empieme au fost operate, preparându-le în vederea interveţiunii cu injecţii de veritol, suportând apoi foarte bine actul chirurgical.

Gripă. Am aplicat veritolul în 6 cazuri de gripă cu formă toxică, în care formă totdeauna se produce o atonie circulatorie periferică, mai mult sau mai importantă. Tensiunea maximă în aceste cazuri variază între 8-10 şi după veritol în mod constant s'a înregistrat o urcare de tensiune până aproape de normal. Toţi au fost adulţi.

Scarlatină. Am întrebuinţat medicamentul în 45 cazuri de scarlatine grave cu fenomene toxice şi septice, acompaniate în acelaş timp şi de atonii circulatorii periferice. In aceste cazuri administrarea s'a făcut mai deseori pe cale intramusculară, cel puţin până când s'a menţinut starea gravă a bolnavului. Veritolul ne-a fost de mare utilitate în aceste cazuri, sub influenţa lui producându-se în mod constant o revenire a tensiunii către normal, o amplitudine mai mare de puls şi o ameliorare variabilă a stării generale. Vârsta cazurilor: 27 între 1-10 ani, 14 între 10-20 ani, 4 peste 20 de ani.

Difterie. Această boală este mai rară în ultimii ani la noi, astfel că am avut ocaziunea numai în 8 cazuri de difterii grave să utilizăm veritolul contra fenomenelor de atonie circulatorie periferică, cu ipotensiuni uneori foarte joase, 6-7 tensiunea maximă. După veritol totdeauna s'a notat şi în aceste cazuri o urcare trecătoare de tensiune şi o amplitudine mai mare a pulsului, care rezultat trebue susţinut cu doze repetate de veritol, la intervale regulate, la 2-4 ore după gravitatea cazului. Vârsta cazurilor între 2-10 ani.

Febră tifoidă. Am utilizat preparatul în 40 de cazuri de febră tifoidă deobiceiu începând cu săptămâna a 2-a a perioadei febrile până la începutul convalescenţei, foarte des am administrat medicamentul numai pe cale bucală pentru a menţine o funcţie cardio-vasculară bună. In cazurile cu ipotonie manifestă l'am administrat sub formă de injecţiuni, înregistrând şi aici aproape constant rezultate favorabile, adică revenirea tensiunii către normal. Am dat veritolul în 6 cazuri de hemoragie intestinală, survenite în cursul bolii, cazuri cu tensiunea maximă scăzută la 8-9, sub influenţa injecţiunilor de veritol şi a celeilalte medicaţiuni concomitente, tensiunea şi-a revenit la normal în mod progresiv, în acelaş timp şi pulsul şi starea generală s'au ameliorat. Vârsta cazurilor: 5 copii între 3-10 ani, restul adulţi.

Febre paratifoide au fost 4 cazuri, unde am întrebuinţat veritolul cu rezultat bun.

Tifus exantematic. Am administrat veritolul în 4 cazuri de tifus exantematic cu stare gravă toxică şi cu ipotensiune arterială, sub influenţa lui tensiunea totdeauna revenind către normal. Vârsta cazurilor: au fost 2 copii şi 2 adulţi.

Am aplicat preparatul şi în 5 cazuri de *cărbune* (pustulă malignă) şi în 5 cazuri de *erizipel* grav, cu efect satisfăcător.

Boala serului. Am aplicat veritolul în 8 cazuri de boala serului gravă, unde pe lângă urticarie intensă, temperatură, artralgii, greaţă, vărsături, au fost prezente şi turburări cardiovasculare foarte exprimate şi alarmante. Indivizii aceştia prezentau o ipotensiune arterială foarte exprimată (7-8) paloare foarte exprimată a feţii, aproape cadaverică, puls foarte frecvent şi moale, aproape imperceptibil la periferie, la centru 140-150 pe minut, cu sgomote relativ bine bătute, sudori reci, extremităţi reci, dispnee cu respiraţii profunde din când în când, uneori ipotermie. Acest tablou grav excepţional se poate termina chiar şi fatal. Cazurile noastre toate s'au vindecat. In toate aceste cazuri pe lângă alte tratamente, ca tonic al circulaţiei periferice, am administrat veritolul, în unele cazuri prima injecţie de 0,50 cc. a fost intravenos, următoarele intramuscular, înregistrând după veritol o revenire progresivă a tensiunii arteriale către normal şi o amplitudine iarăşi către normal a pulsului.

Concluzii. Veritolul este un excelent tonic al circulaţiei periferice. Indicaţiile lui sunt în toate stările patologice, acompaniate de o ipotensiune de origine periferică. Veritolul mobilizează sângele din organele depozite şi prin aceasta măreşte masa sangvină circulantă, măreşte refluxul venos către inimă şi ameliorează funcţiunea circulaţiei. După administrarea veritolului tensiunea arterială se urcă încet şi progresiv, acţiunea aceasta este de lungă durată, în acelaş timp pulsul îşi măreşte amplitudinea, însă frecvenţa deobiceiu nu creşte, dozele repetate sunt tot atât de eficace.

In toate bolile infecţioase acute, acompaniate de atonii circulatorii periferice, veritolul îşi are indicaţia lui şi el ne este de mare folos în toate aceste stări infecţioase: pneumonie, bronchopneumonie, gripă, empieme, scarlatină, difterie, febră tifoidă, febrele paratifoide, tifusul exantematic, cărbune, erizipel, boala serului, etc.

BIBLIOGRAFII

L'année medicale pratique, XIX année, édition 1940, publiée sous la direction de C. Lian, Médecin-Commandant, Professeur agrégé, médecin de l'Hopital Tenon, préface du Professeur E. Sergent. Un volum în 16 pagini, Editura Lepine, Preţul. 36 franci.

In ciuda furtunei, *l'Année Médicale Pratique* a reuşit să realizeze programul anual pe care şi l'a impus dela fundarea sa, acum 19 ani.

Să ajute pe medici în rolul lor atât de dificil punându-i în curent cu datele medicale noi şi practice şi să favorizeze difuzarea lucrărilor Şcoalei Medicale franceze, în străinătate.

Această dublă sarcină, războiul a făcut-o şi mai imperioasă. Intr'adevăr, a triumfa asupra maladiei este şi mai necesar ca niciodată, atât pentru Serviciul Sanitar Militar cât şi pentru Medicina civilă.

A expune lucrările Medicinei franceze este unul dinte bunele mijloace de a face să pătrundă şi să fie bine apreciată gândirea franceză în străinătate.

Un mare succes, bine meritat, va răsplăti fericita continuitate de acţiune a publicaţiunei de faţă.

Scleroză pulmonară consecutivă inhalaţiei de corp străin *)

de Dr. PANTELI COPĂCEANU
Medic Primar — Craiova

OBSERVAŢIUNE. — Tânărul S. I. N., în vârstă de 19 ani şi de meserie plugar, vine la consultaţie pentru tuse, oboseală şi respiraţie cu miros urât. In antecedentele lui personale găsim următoarele date interesante:

Când era în clasa II-a primară, deci la vârsta de 8 — 9 ani, a inhalat o bucăţică de cauciuc mică cât unghia degetului mare. Era vorba de o bucăţică de cauciuc (nu o veritabilă gumă de şters) pe care copiii o întrebuinţau la şters şi pe care, înainte de a o întrebuinţa, o mestecau puţin în gură pentru a-i mări proprietetea de a şterge. Prin o mişcare greşită, bucăţica aceasta a alunecat în trahee, căci imediat după aceea copilul a fost apucat de o tuse violentă cu cianoză, care a durat câteva ore speriind pe învăţător, care a trimis copilul acasă.

Timp de doi ani dela această întâmplare, copilul a tuşit încontinuu. Un an mai târziu a consultat un doctor care i-a spus că are pleurezie purulentă pe care bolnavul n'a tratat-o şi care nu s'a confirmat cu nimic. Ulterior, bolnavul a mai tuşit din când în când, mai ales iarna. Actualmente, de două luni tusea s'a îndesit, espectorează, iar în ultimele două săptămâni espectoraţia a căpătat un miros fetid şi bolnvul a căzut la pat. El oboseşte şi nu mai poate munci.

Acum trei ani ne spune că a avut şi uşoare hemopotizii.

Starea prezentă. — Bolnavul tuşeşte rar când este în picioare sau culcat pe spate, aproape de loc când este culcat pe stânga (care e partea bolnavă). Expectoraţia e uşor fetidă, purulentă, de un galben murdar, neseparându-se net în trei straturi, variind între 75 şi 150 gr. jilnic.

Obiectiv se constată:

Hemitoracele stâng uşor retractat la bază şi în regiunea subclaviculară. Se simte la deget, deasupra sternului, traheea deviată la stânga. Cordul: marginea stângă a matităţii la marginea stângă a sternului, vârful în al IV-lea spaţiu intercostal stâng şi în afară de mamelon.

Dedublarea sgomotului II la pulmonară. Plămânii: în stânga şi în spate submatitate dela bază până la vârful omoplatului (deasupra lui cu patru laturi de deget); vibraţiile diminuate sub vârful omoplatului, augmentate uşor deasupra până la vârful omoplatului, de aci în sus suflu cavitar şi câteva raluri amforice; în axila stângă puţină submatitate în partea superioară. Spaţiul lui Traube sonor. Plămânul drept la examenul clinic este absolut normal.

Radiografia arată net deviarea traheei, sitaţia stângă a inimei detaşată aproape complect de rahis, scolioza coloane vertebrale (deviată la stânga), ascensiunea diafragmului stâng.

Hipocratism al degetelor mâinilor şi picioarelor.

Analizele cari i s'au făcut sunt următoarele:

Sputa pentru Koch (de două ori) şi fibre elastice = negativ. Reacţia Wasserman în sânge = negativă. Urina calitativ normală.

Căutând să interpretăm aceste semne clinice şi radiologice, putem spune:

Retracţia pulmonară, deviaţia traheei şi a cordului la stânga, ascensiunea diafragmului sunt semne precise de scleroză pulmonară. Singura confuzie ce s'ar putea face ar fi în atelectazia pulmonară produsă prin un coagul de puroi sau de sânge, dar aceste feluri de atelectazii au o durată de obiceiu trecătoare, iar circumstanţele clinice actuale sunt cu totul diferite.

Dedublarea sgomotului 2 la pulmonară se explică prin mărirea tensiunei la nivelul circulaţiei pulmonare. Semnele cavitare auzite în spate lângă rahis sus şi în faţă, sub claviculă, se pot considera ca nişte semne pseudo-cavitare produse prin devierea la stânga a traheei. Expectoraţia fetidă şi purulentă — fetiditatea era intermitentă — se explică prin existenţa unei dilataţiuni bronhice. O încercare de injecţie intraheală de lipiodol care ar fi putut neutraliza pe film existenţa acestor bronhectazii (ce ar putea fi puse la îndoială), nu a reuşit. Ascensiunile febrile pe care bolnavul le are din când în când, neimputabile la nici o altă cauză dovedită — trebuesc puse în contul puseelor congestive ce se produc în jurul cavităţilor bronhice dilatate sau reinfecţiunilor succesive cu punct de plecare bronhial. Iar caracterul tusei care se măreşte când bolnavul se culcă pe partea sănătoasă arată existenţa cavităţilor purulente, puroiul ajungând când se ia această poziţie în contact cu bronhiile sănătoase — aşa cel puţin interpretează cărţile clasice.

Interesant este şi aspectul hypocratic al mâinilor şi picioarelor. Dacă hypocratismul degetelor (şi el o probă de bronhectazie) la mâini este ceva banal în o supuraţie lungă şi cronică, apoi nu tot aşa trebue să fie cu hypocratismul degetelor picioarelor, de bună seamă autori ca *René Burnand*, l'au semnalat ca rar.

In ceeace priveşte cauza acestor leziuni pulmonare, fără îndoială că trebue să considerăm corpul străin inhalat de bolnav în copilărie drept responsabil. Aceasta este probat prin:

1) Absenţa oricărei alte cauze plauzibile;

2 Lungul trecut de accidente pulmonare care leagă momentul inhalaţiei corpului străin de starea actuală;

3) Analogia cu alte cazuri cari au fost produse în acelaş mod, după cum vom vedea.

Patogenia leziunilor se explică uşor prin prezenţa corpului străin. Acesta s'a oprit la nivelul unei bronhii mici. S'a produs o stagnare a secreţiei bronhice, o alteraţie destructivă a pereţilor bronhici cari au cedat sub acţiunea tusei, infecţie consecutivă a parenchinului pulmonar şi ulterior scleroză care la rândul ei a contribuit să menţină bronhiile deschise (Teoria lui Corrigan).

Bronhectazii produse prin corpi străini au fost descrise la copii de către *Camby, Soteroff,* iar *Claisse* a putut să le reproducă şi pe cale experimentală prin acest procedeu.

Dacă am căuta în literatura medicală mai recentă observaţiuni în acelaş fel ca aceasta de mai sus, am putea găsi două, expuse la Societatea Medicală a Spitalelor din Paris. (Vezi Buletinul N-rul 10 din 1931).

Prima observaţiune este a lui *A. Lemierre* şi *Roger Catan.* Aceşti doi autori au descris sub titlul: *Scleroză pulmonară consecutivă la persistenţa timp de 5 ani a unui corp străin în o bronhie. Infecţie tuberculoasă consecutivă* — următorul caz:

Un om, la vârsta de 11 ani a inhalat un mic tub de sticlă care s'a oprit în bronhia stângă sau în una din principalele sale ramuri. După 5 ani tubul a fost dat afară în cursul unei quinte de tuse. Accidentul a adus apariţia de hemoptizii care au persistat 35 ani.

La vârsta de 51 ani când bolnavul este examinat de autorii de mai sus, se constată o scleroză pulmonară ce se traduce: clinicește prin o matitate foarte întinsă (în stânga), radiologic prin o deviaţie a traheei şi a mediastinului şi o uşoară scolioză vertebrală. Semne cavitare se aud mai intens sub clavicula stângă aproape de stern şi în spate lângă coloana vertebrală.

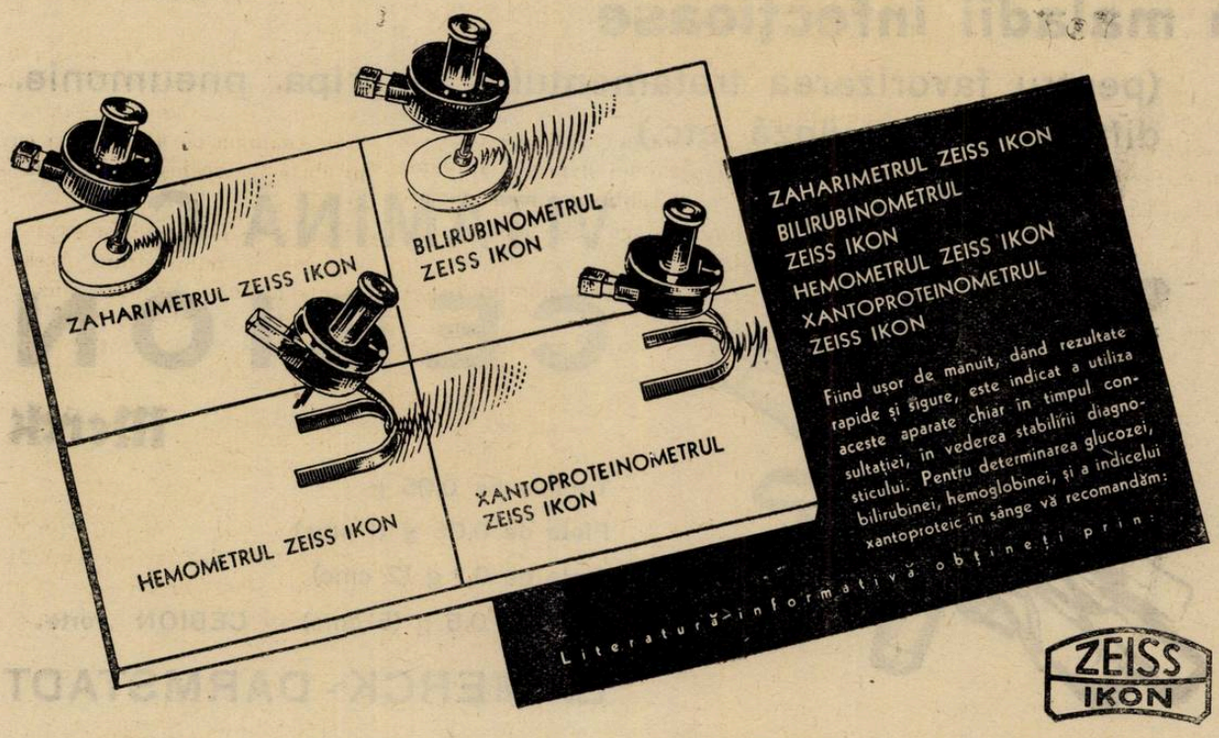
Autorii le cred semne pseudo-cavitare, datorite devierii traheei. Bolnavul are şi tuberculoză descoperită prin prezenţa în spută a câtorva bacili, dar tuberculoza este puţin evolutivă, fără febră, fără slăbire.

O a doua observaţiune este datorită lui *Em. Sergent,* care cu ocazia comunicării de mai sus, la aceiaşi şedinţă a S. M. a Spitalelor a povestit cazul următor:

*) Comunicare făcută la *Societatea Medico-farmaceutică Craiova.*

COLORIMETRELE ZEISS IKON

sunt aparatele cele mai potrivite pentru analiza sângelui atât în laborator cât şi în cabinetul de consultaţii



Societatea Anonimă de Agentură, Comision şi Import, fost

OTTO & ALFRED HERZOG, BUCUREŞTI, I. B-DUL REGELE CAROL I. No. 48

Astenie psihică
Nervozitate, Insomnie
Neurastenie, Anxietate

CEREBROSAN

SIROP

Valeriana
Barbiturice
Brom
Calciu
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

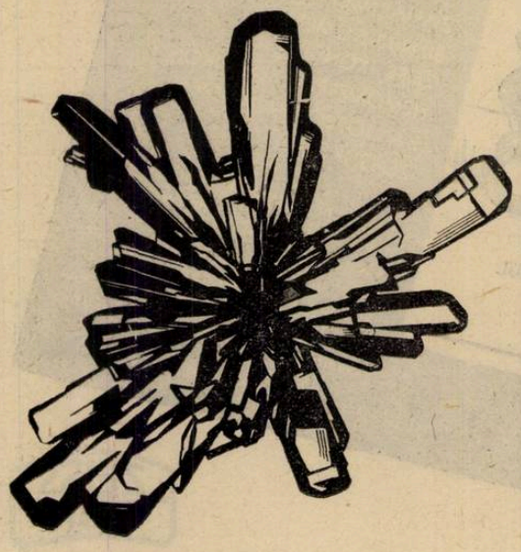
MOSTRE ŞI LITERATURĂ PRIN:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

In stări de carență în vitamină C
în maladii infecțioase

(pentru favorizarea tratamentului în gripă, pneumonie, difterie, tuberculoză etc.)



VITAMINĂ C

CEBION

Merck

Tablete de 0,05 g
Fiole de 0,05 g (1 cmc)
Fiole de 0,1 g (2 cmc)
Fiole de 0,5 g (5 cmc) = CEBION „forte"

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentanța generală:
CHIMIROMAN — București I, Strada T. G. Masaryk No. 32

LEZIUNI ALE ŢESUTURILOR

Supurații de lungă durată, fie că provin de la răni sau alte leziuni ale țesuturilor, pot fi tratate cu succes prin

ANTIPHLOGISTINE

care prin plasticitatea sa se mulează și aderă pe orice parte a corpului.
Ea produce în acea regiune o iperemie durabilă și ajută din cauza proprietăților sale antiseptice și osmotice să combată infecțiunea.

Eșantioane și literatură la cerere.

THE DENVER CHEMICAL MFG. Co. NEW-YORK. U. S. A.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. București I, Str. Sft. Ionică No. 8.

O femee avea de mai mulţi ani hemoptizii catameniale şi era tratată pentru tuberculoză pulmonară. La radiografie se vedea un nodul sumbru, vecin de regiunea hilară dreaptă, nodul care avea prin forma lui aspectul unui sâmbure de prună şi care era înconjurat de o zonă nebuloasă cenuşie foarte netă.

Acest nodul a fost considerat ca o calcificaţie de către un medic din Berlin care l-a făcut să figureze în o lucrare a sa personală ca un focar tuberculos calcar cauzator de hemoptizii. Dar bolnava avea aspect florid, n'avea Koch în expectoraţie, n'avea alte simptome. Asupra originei boalei, ea a povestit următoarele:

Mama ei îi spusese că la vârsta de 2 ani înghiţise un sâmbure de prună care-i intrase în bronhii, fusese cât p'aci să moară sufocată, scuipase în orele următoare sânge abondent, avusese puroi cu miros fetid şi că după mai multe săptămâni febra căzuse şi expectoraţia purulentă încetase. Femeia a avut ulterior, dela formaţia ei, hemoptizii cu ocazia regulilor şi aceste hemoptizii deveniseră mai dese la menopauză. După *Sergent*, sâmburele a produs o supuraţie şi graţie acesteia a trecut dincolo de bronhie în abcesul putrid peribronhic şi prin o şansă excepţională infecţiunea a încetat, corpul străin a rămas închis în un focar de bronhopneumonie scleroasă cu formarea de neocapilare care sunt sursa de hemoptizii repetate favorizate de starea catamenială, hemoptizii ce amintesc pe acelea ce se produc în jurul unui tubercul calcifiat şi care dispar când piatra este expectorată, aşa cum au observat *Jaquerod* şi *Sergent*.

Cazul meu seamănă foarte mult cu acela al lui *Lemierre* şi *Roger Catan*. Şi acolo caşi la mine se inhalează un corp strein care desvoltă o scleroză pulmonară cu bronhectozie. In cazul lor este în plus o tuberculoză asociată, nu e timpul trecut ca să se poată asocia şi la cazul meu, bolnavul fiind tânăr şi viitorul plin de surprize. In cazul celor doi autori francezi, corpul străin a fost expulsat, dar boala a continuat să progreseze, odată constituită. In cazul meu nu ştiu ce s'a făcut cu corpul străin, a fost expulzat sau a rămas încă în plămân?

Bolnavul n'a spus nimic în această privinţă, iar radiologia, în orice caz, nu permite vederea lui, căci cauciucul nu este destul de dens ca să împiedice trecerea razelor X.

Vederea lui ar fi fost posibilă la început, când plămânul era încă sănătos şi transparent, dar acum opacitatea sclerozei împiedică producerea oricărui contrast.

Consideraţiuni asupra tratamentului crizelor gastrice tabetice

de Docent Dr. ALF. DIMOLESCU
Medic Primar

Sistarea chinuitoarelor crize viscerale, ce apar la tabetici sub formă de crize gastrice, enteralgice, urinare, etc., constitue şi astăzi încă, o foarte grea problemă de tratament. Incercările repetate cu opiacee, luminal, cocaină sau sulfat de magneziu intrarachidian, beladona, aconitină şi toate varietăţile de analgezice, ce dau în unele cazuri rezultate bune, sunt departe însă de a fi constante.

In genere durerile crizelor gastrice au fost considerate, ca aparţinând unei radiculite specifice, care ar acţiona după *Rafinesque* asupra plexului solar, prin hiperestezie. Dealtfel, încă *Pierret* a arătat că există în tabes la nivelul măduvei dorsale, leziuni sclerozante a rădăcinilor şi cordoanelor posterioare. *Ch. Roux* atribue iritaţia plexului solar, leziunilor degenerative a fibrelor scurte din rădăcinile posterioare ale măduvei, a căror origine celulară este intramedulară. Legătura cu sistemul de intervenţie gastric, se face prin ganglionii rachidieni, — unde merg fibrele de mai sus — prin fibele lui *Remak* şi ganglionii simpatici dorsali, uniţi de fibrele precedente prin ramurile comunicante, şi în fine prin nervii splanhnici, cari ştim că se anastomozează cu sistemul pneumogastric la nivelul ganglionilor plexului solar. In teza sa *Horowitz*[1] conchide că pe această cale o iritaţie a elementelor sistemului simpatic din rădăcinile posterioare, poate fi o cauză determinantă în producerea crizelor dureroase gastrice. Ar fi vorba deci după acest autor de o «algie radiculară» cu manifestări stomacale, urmate de fenomene consecutive motorii şi vaso-secretorii. Prin întrebuinţarea analgezicelor, ca şi a cocainei de exemplu, s'a urmărit întreruperea reflexului dureros prin acţiune directă asupra fibrelor şi trunchiurilor nervoase. Alte medicaţiuni au avut la bază una sau alta din teoriile în vigoare, relative la mecanismul de producere al crizei gastrice.

Astfel *Marinescu* şi colaboratorii săi au întrebuinţat atropina, beladona, etc., văzând în crizele gastrice o excitaţie a parasimpaticului. Alţi autori au căutat alte medicaţiuni corective, după cum admiteau teoria hipertensiunei arteriale *(Pal)*, a hipotensiunei *(Paulian)*, a crizei hemoclazice *(Sicard)*, a desechilibrului acido-bazic etc.

Rezultatele obţinute însă, deşi uneori cu succese nesperate, nu au avut nici odată un caracter constant. Tot arsenalul terapeutic aplicat — cu mult mai bogat decât am citat până acum — a fost lipsit de caracteristica aceia de specificitate, care ne facem să deducem că posedăm cheia terapeutică a unui mecanism patogenic bine cunoscut.

Din contră variaţia succesului terapeutic faţă de întrebuinţarea unui acelaşi agent medicamentos, ne obligă să conchidem că în cazurile fericite, nu a fost vorba decât de alinări pasagere sau de coincidenţe. S'ar putea însă să căutăm a acţiona nu atât asupra sediului iniţial al leziunei sifilitice şi nici asupra căilor de legătură între acest sediu şi organul ce se află la extremitatea centrifugă a reflexului dureros — aşa cum s'a încercat până acum — ci tocmai asupra sensibilităţei şi motilităţei acestui organ.

Criza gastrică tabetică se traduce în fapt printr'un spasm al fibrelor musculare netede, cu turburări vazo-motorii şi secretorii. Logic ar fi deci ca un medicament, care să aibă un efect spasmolitic asupra musculaturei gastrice şi în acelaşi timp să fie şi un excitant al terminaţiunilor simpatice, pentru a contrabalansa acţiunea vagului, să constitue agentul terapeutic cel mai indicat, contra crizelor gastrice tabetice.

Acest medicament este un derivat din aminele alifatice sau aciclice, cari se ştie că au un efect spasmolitic. S'ar fi putut recurge la papaverină, dar restricţiunile impuse în ultimul timp comerţului de opiu, o făceau greu de obţinut, iar o sinteză chimică a papaverinei ar fi fost şi dificilă şi costisitoare. Prin exemplul eupaverinei şi perparinei, derivate din benzo-izo-chinolină, s'a căutat în grupul aminelor alifatice şi s'a găsit că al optulea din seria alchilelor, ar fi propice pentru scopul căutat. Acestuia i s'a dat denumirea de Octinum[2], fiind derivat din octen sau alcol octilic, la care o valenţă este aminată. Formula sa este deci:

$$C8\ H15 — N H_2 — C H_3$$

adică un metil-amino-octen sau un metil octenil amină.

Prin izolarea acestui corp, s'a eliminat şi hipertensiunea asupra vaselor, ce ştim că este o altă proprietate a aminelor.

Din studiile lui *H. Müggе*, asupra

1) Horovitz — Crises gastriques du tabes. Thèse de Paris 1932.

1) Creiat de Casa Knoll A. G.

2) H. Müge Die Farmakologischen Eigenschaften des Metylamino — Octens Klinische Wochensch No. 10 Marz 1932.

intestinului şi a peristaltismului începe cu 0,25—0,50 dintr'un miligr. de substanţă pe Kgr. de animal, introdusă parenteral. Efectul durează ½ oră cu 0,25—0,50 dintr'un miligram. In general experienţele acestui autor pe intestin, bronchii şi vase de epuri, cobai şi pisici, au arătat că efectul octinum-ului este de 5 până la 10 ori mai mare ca al papaverinei, în special în ceiace priveşte durata acestui efect, iar toxicitatea redusă de 1½—2 ori. Din această ultimă cauză, limita terapeutică este mărită de 4—5 ori şi în această cantitate nu dă hipertensiune vasculară.

Studii ulterioare asupra stărilor spastice gastrice, intestinale, uterine, bronchiale, vasculare sau ale căilor şi veziculei biliare, făcute de autori ca *Leo, Umber* şi *Buschke, Pal, Kissling, Wöhrmann, Kenner, Markovits, Frommolt, Reinhardt* ş. a. au arătat că pe lângă efectul spasmolitic net al fibrelor netede al acestor organe, Octinum mai are şi un efect analgezic.

In neurologie câţi-va autori au încercat acest preparat în crizele tabetice. Astfel *Nagel*[3]) la 4 bolnavi a reuşit să oprească crizele dureroase prin injecţii intravenoase de Octinum. Calea subcutanată este mai puţin activă, iar cea bucală este considerată de autor ca mijloc preventiv.

Wiesnner[4]) la un caz a sistat o atroce şi veche criză gastrică tabetică, injectând tot intravenos în cursul unei singure zile, 3 fiole de Octinum. A administrat apoi o cură cu o singură fiolă zilnic. Crizele cari durau săptămâni, s'au redus la o singură zi.

Hug[5]) relevă succesul inconstant al administrărei per os a acestei medicaţiuni dar confirmă acţiunea sa rapidă pe cale intravenoasă sau intramusculară cu efect de circa 5 ore.

Vencovsky[6]) pe 19 cazuri relevă succese cu un singur cc., administrat pe cale intravenoasă, efectul începând după 20 minute şi durând 6 ore.

Schöneberg[7]) a putut opri vomismentele permanente ale tabeticilor şi să amelioreze durerile stomacale prin acelaşi mijloc.

Ca mijloc peventiv al crizelor, calea orală rămâne fără efect, pe când cea subcutană poate avorta criza.

Este de subliniat că în mai toate cazurile descrrise, s'a utilizat mai înainte fără succes, morfina sau beladona sub diverse forme.

Toţi autorii de mai sus arată că injecţia intravenoasă trebue făcută foarte încet, deoarece dă o hipertensiune pasageră, cu senzaţie de opresiune precordială şi senzaţie de aprindere. Calea aceasta este contraindicată la persoanele cu leziuni coronariene sau stigmate vegetative.

Deaceia ar fi indicat în toate cazurile, să se utilizeze mai întâi calea intramusculară, apoi cea intravenoasă.

In ceeace ne priveşte, am încercat fie în clientelă, fie în Spitalul Central de Boli Mintale, acţiunea acestui preparat faţă de multiple stări cari aveau la bază algii diverse, crampe, stări spasmodice ale organelor cu musculatură netedă etc. Din toate aceste cazuri expunem trei observaţii cari au fost demonstrative.

Obs. I. — N. S., ofiţer 35 ani, cu tabes, fără turburări atoxice, dar cu semnele Argyl-Robertson şi Westphal prezente, iar l.c.r pozitiv.

Nu are crize spontane gastr ce, dar după fiecare puncţie rahidiană prezintă o durere în centură la nivelul toracelui, precum şi vărsături sau eforturi vomitive continue.

Ingerarea chiar a câtorva linguriţe de apă, exagerează reflexul vomei.

Criza durează la fiecare dată 1 / zile. Nu are fenomene de sindrom hipotensiv post-puncţional. Injecţiunile de beladonă şi derivate, sau analgezice felurite, nu au nici un efect.

I se administrează o fiolă intramusculară de Octinum, în a 3-a zi a durerilor. Durerile se calmează vizibil. I se mai adaugă o fiolă după amiază si câte una în cele două zile următoare. Atât vomismentele câ şi durerile au dispărut complect din prima zi de tratament.

Obs. II. — Doamna M. 55 ani, tabes cu dureri fulgerătoare şi atoxie. Prezintă o stare aproape continuă de dureri gastrice, cu iradiaţiuni în ipochondrul drept şi în abdomen. Durerile deşi nu au caracter lancinant, sunt foarte supărătoare. Nu se poate alimenta în acest timp, iar lipsa de somn au slăbit-o până la 46 kgr. Din când în când are perioade spontane de calmare a durerilor, cari durează maximum 20 de zile. Incercările cu analgezice nu au dat rezultate. Deasemenea terapia sedativă cu opiacee, nu aduce decât o ameliorare temporară de câteva ore. I s'a administrat intramuscular o fiolă de Octinum care a sistat durerile pentru 4 ore. După mai multe încercări s'a ajuns la formula următoare: Se fac în trei zile succesiv 2 fiole de Octinum intramuscular în prima zi, apoi câte una intravenos în cele două zile următoare.

Bolnava nu mai are nici o durere încă de a doua zi. Acest calm ţine 7—8 zile, după care durerile reapar, dar dispar îndată cu o nouă terapie octinică.

Obs. III. — Bolnavul Marin N., lucrător, vechi tabetic, 40 ani, a început să aibe crize gastrice rebele de 2 ani, crize ce durează 4—5 zile. Ele se repetă cam la 2 luni interval. Din tot arsenalul terapeutic numai injecţiile intravenoase cu un preparat de beladona îi aduce oarecare uşurare. I se administrează o fiolă de Octinum pe cale intravenoasă, în timp de cca. 3—4 minute şi diluată în câţi-va cc. de apă distilată.

Durerile încetează brusc la 15 minute. De atunci la apariţia crizelor, bolnavul recurge imediat la Octinum, care administrat, astfel îi dă puţinţa să-şi reia lucrul.

In genere, din observaţiunile noastre asupra efectului acestui medicament, am putea afirma că acţiunea princeps priveşte în special crizele gastrice de tip vomitiv, cu condiţia de a se recurge la calea intravenoasă, sau cel puţin intramusculară. Efectul este net. Desigur însă că şi formele algice profită de această terapie, dar injecţiile tebuesc repetate. Acest rezultat este foarte important, dacă ne gândim în general la sărăcia mijloacelor terapeutice în neurologie, şi în particular la cele ce privesc criza gastrică tabetică.

1) Nagel. Wiener Klinische Woch. No. 3, 1987.
2) Wiesner. Fortsch der Terapie No. 7, 1935.
3) Hug. Deutsche Med. Woch. No. 24, 1935.
4) Wencowsky. Prakticky Lékar No. 9, 1936.
5) Schöneberg. Med. Welt No. 24, 1935.

Contribuţiuni la studiul hepatoterapiei în anemii

de Dr. GH. FLORESCU
Asistent universitar

Intrebuinţarea ficatului în anemii este cunoscută de mult timp, însă meritul de a fi cercetat şi răspândit această terapeutică revine autorilor americani.

Astfel Whipple şi Rob Scheit-Robbins în anul 1923 demonstrează cât de favorabil este ficatul în tratamentul anemiei post-hemoragice la animale; în 1925 Minot şi Murphy aplică metoda lui Whipple în tratamentul anemiei pernicioase progresive cu rezultate foarte bune.

Această metodă a lui Whipple prin ingerare de ficat crud, producând desgust şi intoleranţă, a determinat noi cercetări, pentru a se izola principiul activ şi a se găsi o cale mai bună de administrat. In adevăr, în anul 1930, Minot şi Cohn au reuşit să izoleze din ficat o parte activă, denumită «factorul G».

Pe aceleaşi principii Gänsslen, Castle şi alţii obţin produse care injectate intra-muscular, dau rezultate mult mai bune. Calea intra-venoasă încercată de West, Howe, şi alţii este mai dificilă din cauza reacţiunilor generale ce produce.

Castle în 1928 constată şi demonstrează că digestia stomacului liberează din unele alimente substanţe anti anemice. Intre aceste alimente primul loc îl deţine carnea de bou. Castle ajunge la concluzia că stomacul produce un principiu numit «Factorul intrinsec», care acţionând asupra unui alt principiu din carnea de bou, numit «Factorul extrinsec», dă naştere principiului anti-anemic activ, ce s'ar depune în ficat.

Reinann în 1934 susţine că principiul anti-anemic se găseşte depus în ficat sub formă inactivă, devenind activ pe măsură ce organismul are nevoie. In afară de ficat şi stomac principiul anti-anemic se mai găseşte şi în alte organe şi humori ale organismului, cum ar fi creerul, rinichiul, măduva osoasă, intestinul subţine, intestinul gros, pulmonul, sucul duodenal, saliva şi urina.

După cum se ştie, principiul *anti-anemic* este: termostabil, hidrosolubil, *insolubil* în eter; sărurile de aur, *argint*, plumb, mercur, hidratul de sodiu sau fierberea cu acizi minerali îi distrug activitatea.

Natura lui chimică a fost crezută a fi o bază azotată (Minot), un dipeptid

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEŞTE CARNE CRUDĂ ŞI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă înaintè fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard. Str. S F. Ionica 8. Bucaresti

NOU!

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Mostre şi literatură trimete la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI. Str. Cazărmei 89

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

33 ani de existenţă
(1907 — 1940)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei
VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

(West), acizi aminaţi (Fontes), acidul glutanic (Lichtmann). Studiile noi (Jacobsohn şi Subbaroq), arată că este vorba de un factor principal şi trei sau cinci factori accesorii. Amestecul lor este activ, iar administrarea lor izolată este inactivă.

Pentru punerea în evidenţă a acţiunii principiului anti-anemic s'au căutat o serie de teste de ordin experimental, urmărindu-se a se provoca, apariţiunea unei crize reticulocitare. Aceasta este caracterizată prin mărirea numărului de hematii granulo-filamentoase (reticulocite) în sângele circulant.

Aceste teste căutate la şobolani, porumbei etc., precum şi altele, asupra cărora nu vom insista, nu au dat rezultate satisfăcătoare.

Fără îndoială, că acţiunea asupra sângelui uman în cazuri de anemie pernicioasă, reprezintă cea mai bună metodă de a aprecia valoarea acţiunei unui principiu anti-anemic. Asupra acestui test patologic-uman acordul pare să fie unanim. Astfel în anemia pernicioasă tip Biermer, procentul de reticulocite care nu depăşeşte 3%, se măreşte dela a patra zi sub influenţa unui principiu anti-anemic activ, pentru a atinge maximum în 6—9 zile. Punctul culminant al crizei poate să atingă 30—40% reticulocite, aceasta depinzând de gradul iniţial al anemiei.

După o lună de zile de tratament, numărul reticulocitelor atinge cifre normale. Anisocitoza şi poikilocitoza tind să dispară, hemoglobina creşte, numărul trombocitelor se măreşte, observându-se şi o leucocitoză cu neutrofilie, iar ceva mai târziu apare o eozinofilie. Evident numărul eritrocitilor creşte. In serul sanguin hiperbilirubinemia, hipoalbuminemia şi hipocolesterinemia revin la valori normale.

Acţiunea principiului anti-anemic produce asupra măduvei osoase o maturaţiune a elementelor din seria eritrocitelor, în timp ce se reduce domeniul leucoplastic al măduvei. Prin aceste fenomene se tinde la restabilirea echilibrului funcţional al măduvei.

Deasemeni asupra simptomelor clinice hepatoterapia are o influenţă paralelă cu cea hematologică.

Astfel: paloarea se atenuează, astenia scade, forţele revin, dispneea dispare, reapare pofta de mâncare, vărsăturile încetează, temperatura atinge normalul.

Acţiunea hepatoterapiei asupra fenomenelor nervoase este încă discutată de unii autori. Ceeace trebuie însă reţinut ca un fapt câştigat, este că simptomele nervoase sunt ameliorate printr'o hepatoterapie mai accentuată şi mai îndelungată.

Am avut ocaziunea a observa acţiunea unui principiu anti-anemic pur *(Hepafer)*, asupra unui caz de anemie pernicioasă în Clinica medicală din Spitalul Colţea, precum şi o serie întreagă de cazuri de anemii secundare în Clinica Ginecologică din Spitalul Colţea (Prof. C. Daniel-, tratate prin acelaş principiu *(Hepafer)*. Am socotit util având în vedere succesele obţinute prin acţiunea energică a acestui principiu să publicăm pe scurt observaţiunile câtorva din aceste cazuri studiate în mod riguros din punct de vedere hematologic.

Observaţiunea cazului de anemie pernicioasă

Bolnavul P. N. de 45 de ani, pensionar vine în serviciu (Clinica medicală Spitalul Colţea) la 5 Februarie 1940, suferind de: slăbiciune generală extremă, ceţaiee cu vajaituri de urechi, dureri precordiale, dureri bucale şi anorexie, tuse cu uşoara expectoraţie [illegible] ale membrelor inferioare.

Ant. h. c.: Doi fraţi morţi de t. b. c., un al treilea suferă de t. b. c.

Ant. p.: Paludism, tifos exantematic, gripa repetată, hemoragie, reacţia B. Wasserman negativă.

Istoric: Din 1922 până în prezent, s'au repetat de 10—12 ori următoarele fenomene care l-au adus la Spital: ameţeli, vâjâituri de urechi, slăbiciune pronunţată, vărsături, frisoane.

Stare prezentă: De constituţie medie, paloare extremă a mucoaselor şi tegumentelor, uşor sub febril, incapabil de cel mai mic efort, somnolent.

Ap. circulator: Zgomotele cardiace, uşor asurzite, suflu sistolic, hipotensiune, relativă. (Mx. — 12).

Ap. respirator.: Dispnee, raluri de broniştă diseminate. Splina, percutabilă şi palpabilă, dureroasă, dură.

Examen hematologic la 7 Februarie 1940

Eritrocite	1.096.000
Hemoglobina	24%
Valoarea globulară	1.25
Leucocite	3.400
Polinucleare neutr.	58%
Polinucleare euzinof.	1%
Monocite	1,5
Limfocite	32,5

Cunoscând acest examen s'au făcut dela 8 Februarie 1940 11 injecţiuni cu *Hepafer*. La 19 Februarie, se face a doua numărătoare care ne dă următorul rezultat:

Eritrocite	2.560.000
Hemoglobina	55%

Se continuă cu *Hepaferul* şi după o serie de 7 injecţiuni la 4 Martie am găsit:

Eritrocite	3.840.000
Hemoglobina	84%

Putem conchide că în acest caz de anemie pernicioasă sub influenţa acestui principiu anti-anemic (Hepafer) s'au obţinut în interval de 25 de zile o creştere a eritrocitelor dela 1.096.000 la 3.840.000 şi o creştere a Hemoglobinei dela 24% la 84%.

Este inutil a sublinia activitatea remarcabilă a acestui principiu anti-anemic.

Anemiile secundare sunt adeseori întâlnite şi în clinica Gynecologică, în urma diferitelor hemoragii, operaţii etc. Am putut urmări un mare număr din aceste anemii din care o parte a făcut obiectul unei teze a d-lui S. Moise. Din lipsă de spaţiu, nu vom reda aceste observaţiuni. Ne vom mărgini a spune în concluzie că hepatoterapia prin Hepafer, a produs în totdeauna într'un interval de cel mult 14—15 zile o creştere de cel puţin 450.000 de eritrocite şi o mărire accentuată a hemoglobinei. In acelaş timp s'a produs şi o ameliorare evidentă a stării generale.

Am putut deasemeni observa că tensiunea sanguină care se găsea la începutul tratamentului sub limita normală, a fost readusă prin acest tratament la normal.

In cazurile de operat şi care se găsesc în stare de anemie, hepatoterapia constitue un adjuvant de prim ordin, pentru a mări rezistenţa bolnavului la traumatismul operator.

Este fără nici o îndoială, că descoperirea şi izolarea principiului anti-anemic constitue o însemnată cucerire a terapeuticei moderne.

*) *S. Moise:* Contribuţiuni la studiul utilizării extractelor de ficat anti-anemice în anemiile secundare. Teza No. 4968 pentru doctorat în medicină dela Facultatea de Medicină din Bucureşti.

BIBLIOGRAFII

La circulation de retour, par A. Jouve et J. Vague. Préface du Professeur Laubry. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 180 p gini $ 0.70.

Adevărat rol al venelor atât în fiziologie cât şi în patologie a fost multă vreme necunoscut.

D-nii Jouve şi Vague erau deosebit de calificaţi, prin lucrările lor de cardiologie, să alcătuiască această monografie asupra circulaţiunei de întoarcere. Cititorul va găsi în această lucrare amănuntul minuţios al bazelor sale anatomice şi fiziologice, va vedea că acest capitol special care fixează, stabileşte şi descrie explicaţiunile acestei autonomii venoase, constitue el însuşi un domeniu suficient pentru a reţine atenţiunea înainte de a aborda relaţiunile cu ansamblul, pentru a justifica străduinţa de a explora, de a stabili ierarhia regiunilor sale constitutive, a face să iasă în evidenţă punctele vitale şi dominatoare cum sunt viscerele cavităţei abdominale, în special ficatul şi splina. Işi va putea da astfel seama de importanţa răsunetului sindromelor patologice atât de manifeste ca acelea ale hipertoniei venoase.

Necesitatea unei legiferări care să asigure promovarea tuturor valorilor în Universitate

de Prof. Dr. P. TOMESCU

In ziarul «România» dela 18 August, d. Prof. Dr. *D. Danielopol* a publicat un interesant articol intitulat «Necesitatea unei legiferări care să stimuleze cercetarea ştiinţifică în Universitate».

Problemele ridicate în acest articol sunt de mare importanţă, întrucât statul trebue să asigure, într'un superior scop naţional, o viaţă universitară activă şi rodnică nu numai din punct de vedere ştiinţific dar şi din acela al pregătirii spirituale şi tehnice a nouilor generaţii intelectuale.

Universităţile noastre deţin oficial şi practic, un rol primordial în viaţa culturală şi ştiinţifică a ţării.

Oricâte defecte s'ar constata şi oricâte critici s'ar aduce, nu este mai puţin adevărat că Universităţile prin activitatea membrilor lor, au promovat cultura şi ştiinţa românească şi au dat ţării o clasă intelectuală viguroasă şi bine pregătită.

Pentru a-şi spori randamentul, pentru a mări strălucirea lor şi pentru a realiza integral scopurile ce urmăresc, — Universităţile trebue să cuprindă, printre membrii lor, toate valorile creatoare ale generaţiilor ce se succed.

Este exact că imensa majoritate a oamenilor valoroşi, sunt încadraţi în Universitate sub o formă sau alta. Numărul celor neutilizaţi este mic, dar *ei există*. Iar modul în care sunt încadraţi o bună parte a elementelor strălucite din generaţiile tinere, este *incomplect* şi *nepotrivit*.

Cred că aceste două probleme, foarte importante pentru bunul mers al vieţii universitare, trebuesc discutate şi soluţionate. De aceea am socotit oportun să reiau chestiunea deschisă de d. Profesor *Danielopol*, aducând noui propuneri pentru rezolvirea ei.

Promovarea elementelor de valoare este în prezent imposibilă, cel puţin la Facultăţile de medicină din două motive:

a) Locurile în Universitate sunt blocate de persoanele cari le ocupă acum, fără nici o perspectivă de eliberare.

b) Serviciile din Spitalele Eforiei conduse altădată de medici primari, au fost înglobate clinicilor, astfel că această cale de promovare a valorilor, — a dispărut.

Aceste două impedimente trebuesc înlăturate pentru a ieşi din impas.

Care ar fi cele mai bune formule, întrucât asupra scopului ce urmărim suntem cu toţii de acord?

La ideile expuse în articolul citat, adaog următoarele:

1) Crearea titlului de Profesor-agregat, propusă de Profesorul *Danielopol*, trebue neapărat realizată.

Acest titlu nu trebue însă acordat colectiv, obligator şi oarecum automat unor anumite categorii de medici, fixaţi cu preciziune prin lege.

De aceia credem necesar să se facă o alegere obiectivă şi riguroasă dintre toţi acei cari au desfăşurat o frumoasă activitate ştiinţifică în ultimii cinci ani.

Titlul de Profesor-agregat, ca şi acela de Profesor-titular, nu poate fi o recompensă tardivă pentru o activitate trecută, ci o înaltă funcţiune în care pasiunea pentru ştiinţă şi pentru învăţământ, constituesc puncte de plecare ale unei munci constructive.

Pentru ca acest titlu să nu fie repede devalorizat, propunem ca numărul locurilor de Profesori-agregaţi să fie limitat şi el nu ar putea fi, în nici un caz, mult mai mare decât numărul catedrelor unei Facultăţi.

Pe lângă titlu, socotesc neapărat necesar crearea funcţiunii de Profesor-agregat, care trebue să asigure posibilităţi de activitate independentă atât pe terenul ştiinţific, cât şi pe acel didactic.

Dacă s'ar crea numai titlul, problema ar rămâne nerezolvată. Ceva mai mult, ea s'ar închide pentru un timp îndelungat printr'o formulă de circumstanţă care nu ar ataca fondul problemei.

Funcţiunea de Profesor-agregat credem că poate fi exercitată pentru catedrele de clinică, în servicii independente, în care titularii vor fi medici primari.

Această idee ne-ar duce la reînfiinţarea serviciilor în Spitalele Eforiei şi la utilizarea de Universitate a tuturor serviciilor de spitale ale marilor instituţii de asistenţă medicală din centrele universitare (Asigurările sociale, Spitalele Căilor Ferate şi aşezăminte particulare).

Pentru specialităţile experimentale, Profesorii-agregaţi ar putea conduce secţiuni independente în marile Institute ale Statului.

Desigur că activitatea ştiinţifică a Profesorilor-agregaţi va depinde în primul rând, de iniţiativa şi însuşirile lor personale. Activitatea lor anterioară va constitui cea mai bună chezăşie de viitor şi deci cea mai sigură metodă de selecţionare.

Din punct de vedere didactic, Profesorii-agregaţi corespund unei nevoi urgente a Facultăţilor de Medicină. In adevăr, ţara are nevoie de foarte mulţi medici români. Din această cauză, Facultăţile noaste trebuesc să-şi mărească randamentul lor numeric, — menţinându-l pe cel calitativ.

Pentru aceasta, Facultăţile vor trebui să primească mult mai mulţi studenţi decât în trecut. In cadrele clinicelor şi laboratoarelor actuale, instrucţia lor ar fi dificilă. Dacă s'ar utiliza pentru învăţământ toate spitalele din Capitală, toate laboratoarele şi instituţiile medicale, — problema ar fi rezolvată în mare parte.

Prin promovarea unui grup important de medici la gradul de Profesori-agregaţi, o serie de locuri din actuala ierarhie universitară, ar deveni libere pentru elementele de valoare ale generaţiilor mai tinere.

2) O a doua formulă care ar putea contribui la rezolvarea problemei ce ne preocupă, ar fi deblocarea cadrelor actuale, — prin trecerea asistenţilor cu o vechime de 10 ani în locurile de medici primari ai spitalelor publice din Capitală şi din ţară .

Ei ar duce acolo, o bună pregătire de specialişti, lăsând libere numeroase locuri de asistenţi, cari în mod normal ar reveni tinerilor absolvenţi ai Facultăţilor de Medicină.

3) Dacă Universitatea este moralmente obligată să promoveze toate elementele de elită din diferite domenii de activitate intelectuală, ea are tot interesul să utilizeze pe oamenii de mare valoare personală care lucrează în specialităţi incomplet reprezentate prinntre disciplinele învăţământului universitar.

De aceea socotim o datorie primordială, ca Universitatea să se sesizeze de munca rodnică a celor câteva personalităţi care desfăşoară o activitate strălucită şi să facă toate demersurile necesare pentru a fi încadrate în Universitate. Trebue să renunţăm la prejudecata de a nu înmulţi numărul catedrelor, dacă o nouă creaţiune va spori prestigiul ştiinţei şi culturii româneşti. Totdeodată, credem că problema ce abordăm, este atât de importantă încât soluţionarea ei nu poate fi împiedecată sau amânată de greutăţi de ordin material, neînsemnate faţă de scopurile înalte ce se urmăresc.

*

In rezumat este urgent necesar să se găsească, formulele cele mai bune pentru ca elementele de valoare din toate generaţiile, să lucreze pentru progresul ştiinţei, al culturii şi al vieţii sociale româneşti, în cadrele Universităţilor noastre.

Oricât de vitrege sunt vremurile pe cari le trăim, grija noastră pentru instituţiile de cultură ale ţării ca şi pentru promovarea generaţiilor tinere, trebue să fie continuă şi vigilentă.

Convinşi de aceste idei, am căutat să facem câteva propuneri practice, aplicabile în special Facultăţilor de Medicină.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Phytine

Principiu organic fosforat, extras die seminţe vegetale.

RECONSTITUANT şi TONIC

de primul rang. Absolut inofensiv. Conţine cele 3 elemente indispensabile vitalităţii organismului şi activităţii sistemului nervos şi glandular.

FOSFOR	CALCIUM	MAGNESIUM
22%	12%	1,5%

Tablete, granule, capsule, casete, picături.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE.

Reprezentant pt. România: M. ROBERT LECLERC, Bucureşti III, Str. Pietăţii 33.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Un comunicat al Ministerului Sănătăţei

Ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale aduce la cunoştinţa tuturor medicilor noui numiţi că sunt obligaţi să se prezinte imediat la posturi, pentru a-şi începe activitatea. Contravenienţii vor fi puşi imediat în disponibilitate fără drept de revenire.

Medicii refugiaţi sau transferaţi, sau noui numiţi — cari sunt concentraţi — vor comunica imediat inspectoratelor şi medicior primari de judeţe câte o dovadă dela unitatea din care fac parte, specificându-se timpul de când sunt concentraţi.

Internarea bolnavilor săraci în spitale

Convenţia dintre Eforia spitalelor civile Ministerul Sănătăţii şi Municipiul Bucureşti

Intre Eforia Spitalelor Civile din Bucureşti, b-dul Elisabeta Nr. 5, prin reprezentanţii săi legali, pe de o parte, şi între Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi Eforia Sanitară a Municipiului Bucureşti, pe de altă parte, a intervenit următoarea convenţie:

1. Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi Eforia Sanitară a Municipiului Bucureşti, se obligă să contribue cu începere dela 1 Aprilie 1940—1 Aprilie 1941, cu suma de lei 15,000.000, sumă ce se va plăti în rate lunare la începutul fiecărei luni.

2. Suma de 15.000.000 pe an, reprezentând contribuţia Ministerului Sănătăţii şi a Eforiei Sanitare a Municipiului Bucureşti către Eforia Spitalelor Civilie, pentru întreţinerea şi îngrijirea de către aceasta, în secţiunile spitalelor sale, a bolnavilor lipsiţi de mijloace precum şi a tuturor bolnavilor contagioşi care se vor interna din cuprinsul Municipiului Bucureşti, în Spitalele Eforiei.

3. In schimbul sumei de 15.000.000 lei, Eforia Spitalelor Civile se obligă să interneze, să îngrijească şi să întreţină în spitalele sale, în secţiunile de spital:

a) Bolnavii cu afecţiuni medico-chirurgicale, boli interne şi femeile gravide;

b) Bolnavii contagioşi şi

c) Prostituatele bolnave.

4 Se stabileşte între ambele părţi că internarea, îngrijirea şi întreţinerea bolnavilor din categoriile de mai sus amintite, priveşte în afară de bolnavii contagioşi şi prostituate, numai pe bolnavii lipsiţi de mijloace sau cu mijloace extrem de reduse din cuprinsul Municipiului Bucureşti. Rămâne de asemenea stabilit că în schimbul contribuţiilor mai sus amintite, toţi bolnavii din categoriile arătate, inclusiv contagioşii şi prostituatele, vor fi internaţi şi îngrijiţi numai în secţiunile de spital din serviciile Spitalelor Eforiei.

5. In ceeace priveşte bolnavii cu afecţiuni medico-chirurgicale, boli interne lipsiţi de mijloace, Eforia Spitalelor Civile va stabili prin anchetele ce se vor face de către Serviciul Social de spital al său, gradul de paupertate al acestor bolnavi.

1. Pentru a se evita neînţelegerile ce ar surveni din anchetele sociale asupra gradului de paupertate şi a evita orice discuţie şi interpretare, se stabileşte de comun acord că gradul de paupertate se consideră pentru bolnavul care nu are un venit mai mare de peste 3.000 lei lunar.

Tot ce este până la un venit de 3.000 lei lunar, se va considera ca grad de paupertate şi va putea fi internat în spitalele Eforiei, refuzarea constituind în acest caz motiv de rezilierea convenţiei.

7. Se mai stabileşte că bolnavii contagioşi nu vor fi supuşi la niciun fel de anchetă, Eforia Spitalelor Civile fiind de drept obligată a interna fără nici o pretenţie de remunerare din partea bolnavului.

8. Eforia Spitalelor Civile va da dispoziţiuni ca bolnavii care vor fi trimişi de către Ministerul Sănătăţii şi Eforia Sanitară a Municipiului Bucureşti, şi care vor cădea în categoriile de mai sus, să nu fie respinşi dela internare în cazul când ei nu ar poseda acte de paupertate la prezentarea lor în spital. In ceeace priveşte aceşti bolnavi .Eforia va decide ulterior prin prezentarea de acte sau prin anchetele ce va face dacă ei urmează sau nu să fie supuşi la plata taxelor de spital.

9 Eforia Spitalelor Civile prin serviciile sale medicale şi chirurgicale ,va aprecia printr'o justă înţelegere necesitatea internării sau neinternării bolnavilor care se prezintă şi aceasta dând dispoziţie organelor sale să fie cât mai largi în aprecierea primirii bolnavilor.

10. In caz de neîndeplinirea vreuneia obligaţiuni de către Eforia Spitalelor Civile, aşa cum se prevede prin prezenta convenţie, ea se poate rezilia de plin drept fără nici o altă formalitate decât prin aceea că Ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale şi Eforia Sanitară a municipiului Bucureşti, nu vor mai achita nici o rată în contul Eforiei.

11. Neîndeplinirea obligaţiunilor se vor putea constata printr'o cerere a bolnavului care va prezenta refuzul internării lui în spitale de către organele Eforiei şi în urma anchetei făcute de către Eforia Sanitară a municipiului Bucureşti sau de către ministerul Sănătăţii şi Asistenţii Sociale.

12. Constatarea culpei Eforiei Spitalelor Civile pe bază de rapoarte medicale, va atrage deplin drept rezilierea fără nici o pretenţie de daune din prtea Eforiei.

13. Se mai specifică că bolnavii care cer a fi internaţi în secţiunile de sanatoriu ale serviciilor din spitalele Eforiei, nu vor putea fi scutiţi de a plăti integral taxele stabilite de Eforia Spitalelor Civile pentru aceste secţiuni numai pe motivul că în secţiunile de spital sunt scutiţi prin această convenţie de plata taxelor aferente.

14. Durata acestei convenţiuni este de un an, cu începere dela 1 Aprilie 1940—1 Aprilie 1941, cu drept de prelungire din partea ambelor părţi, pe bază de acord reciproc.

Posturi de Medici vacante la Ministerul Sănătăţii

Circ. Drăgeşti-Bihor; medic primar (interne) spitalul Beiuş-Bihor; medic primar sanatoriul tbc. Alejd-Bihor; medic-şef laborator la la spitalul Elisabeta Doamna din Galaţi; Farmacist spitalul Elisabeta Doamna Galaţi; medic primar chirurg Institutul Cancer Cluj; Circ. Ghiulercbi-Durostor; Circ. Haschioi-Durostor; Intern preventoriul copii «Clunet» din comuna Bucium-Iaşi; medic primar tbc. spitalul T.-Severin; medic primar pediatru disp. policlinic Tg.-Mureş; Medic secundar Centrul pentru ocrotirea copiilor Tg.-Mureş; Medic-şef laborator spitalul T.-Severin; Medic primar radiolog la spitalul Câmpulung-Muscel; Medic secundar spitalul Bistriţa; Medic radiolog sanatoriul tbc. Bisericani jud. Neamţ; Medic primar radiolog spitalul Slatina; spitalul Lugoj; Circ. Stănişeşti-Tecuciu; Circ. Vulturen-Tecuciu; Medic secundar spitalul de boli mintale Jimbolia; Microscopist echipa antimalarică Oradea-Mare; Medic primar radiolog isp. policlinic din Braşov; Medic primar (interne) spitalul Bazargic; Medic secundar (interne) spitalul Călăraşi; Medic secundar spitalul Alba-Iulia; Circ. Crucea judetul Constanţa; Medic secundar la spitalul Focşani; Circ. Rus, jud. Someş; Circ. Branişea. jud. Botoşani

Solicitatorii pot înainta de urgenţă cereri pentru numire, însoţite de dovada originei etnice române.

Noul statut al medicilor în Franţa

«Monitorul Oficial» francez a publicat o lege prin care se prevede că medicii vor putea exercita profesiunea lor în Franţa numai dacă posedă naţionalitatea franceză şi dacă şi părinţii lor se bucurau de naţionalitatea franceză.

Se pot face excepţii, pentru persoanele cari au dobândit merite ştiinţifice în favoarea Franţei, cari au luptat în armata franceză în timpul marelui război, în războiul din anul 1939 şi în sfârşit pentru cei cari au obţinut naţionalitatea franceză înainte de 18 Noembrie 1918.

Medici noui numiţi la Ministerul Sănătăţii

S'au făcut la Ministerul Sănătăţii următoarele numiri de medîci:

Dr. Pescaru Mircea, asistent malarialog spitalul Socola, Iaşi; dr. Ionescu Vasile, medic circ. Mirăslău jud. Alba; dr. Blotor Romulus, medic secundar spitalul Dorohoiu; Dr. Lupescu C„ asistent malarialog spitalul Socola-Iaşi; Dr. Iusubesc Emil, intern spitalul Izolarea-Iaşi; Isanos Silvia la staţia de malarie spitalul Izolarea-Iaşi; dr. Manu Petre, intern Institutul de studiu şi profilaxia cancerului Cluj; dr. Ludu Remus, intern Institutul de studiu şi profilaxia cancerului Cluj; Boroica Iosif intern spitalul ortopedie Cluj; dr. Dogaru Paula, medic asistentă spitalul Diciosânmartin; dr. Georgescu Ion, medic spitalul Măicăneşti jud. R.-Sărat; dr. Pop T. Emil, medic secundar centrul de ocrotirea copiilor Arad; dr. Creţu Viorica farmacistă spitalul Târgovişte, dr. Gotcu Paul, intern la spitalul Oraviţa-Caraş; farmacist Mitrofan Stoicescu A. Institutul superior de sănătate şi spitalul Central Bucureşti; dr. Ionescu Bivolaru O. medic secundar spitalul Socola-Iaşi; dr. Teşoiu Marin, medic secundar spitalul Oraviţa-Caraş; dr. Pimen Fusu, medic secundar la spitalul Târgovişte; dr. Barbat Emil medic secundar spitalul Giuleşti jud. Maramureş; dr. Tămăşescu Gheorghe, medic primar psihiatru spitalul Manta Roşie Iaşi; dr. Grădinaru Mircea, medic circ. Dărmăeşti, judeţul Suceava; dr. Manu Augustin, medic primar puericultor spitalul public Sibiu; dr. Amar Vintilă cir. Câmpulung-Tisa, jud. Maramureş; dr. Gonţia Ilarie, circ. Berliu, jud. Bihor; dr. Danciu Dumitru, circ. Petreştii de Jos, jud. Turda; dr. Ioaniţiu Petre, medic şef oraşul Zalău; dr. Ştefănescu Elena, medic secundar la sanatoriul T. B. C. Erbiceni-Iaşi; Demian Anastasiu, medic primar chirurg la spitalul public Sighet; dr. Stanciu Maria, farm. Depozitul de medicamente Galaţi; dr. Leon Ion, medic la spitalul cu circ. Plaineşti, R.-Sărat; dr. Creţoiu Mihail, medic secundar Salonta Mare jud. Bihor; dr. Leon V. Simionescu, medic circ. Poenile de sub-Munte, jud. Maramureş; dr. Mihăilescu Jana Popa, medic secundar la spitalul din Tg.-Neamţ; dr. Roman Horodischy, medic circ. Chechiş, jud. Sălaj; dr. Dabija Gh. Mircea, medic la circ. Rădăşeni, jud. Baia; dr. Cintean Alexe, medic secundar Institutul Obstetric Arad; dr. Strugurescu Al. Dumitru, medic. circ. Caragiale, jud. Buzău; dr. Mihu Barna Ioan, medic la circ. Almăgelu, jud. Arad; dr. Speranţă Gheorghe, medic circ Răchitoasa, jud. Tecuci; Mihăileanu Liviu, medic circ. Lăpuş, jud. Someş.

BIBLIOGRAFII

V. Stepp — J. Kühnau — H. Schroeder: Vitaminele şi aplicaţia lor clinică.

Traducere românească după ediţia a patra germană, revăzută şi adăogită de Ilie D. Georgescu, şef de lucrări la Facultatea de Medicină din Bucureşti. Editura H. Welther, Sibiu, 1940.

Se cuvin d-lui Dr. Georgescu toate laudele pentrucă şi-a luat însărcinarea migăloasă de a tâlmăci în româneşte cartea lui Stepp — Kühnau — Schroeder şi toate mulţumirile publicului pentru că a reuşit să o facă într'o limbă care să se citească cu uşurinţă.

Iar editura H. Welther a avut o iniţiativă fericită alegând ca primă traducere, această valoroasă lucrare. Succesul pe care cu siguranţă îl va avea, sperăm că va încuraja editura pe calea începută.

De ediţia III-a a acestei lucrări, d. Dr. Dosios s'a ocupat într'o recenzie publicată în cursul acestei reviste în Aprilie 1939, pg. 121.

Ediţia tradusă, a patra, este radical prelucrată. Multe capitole au fost scrise din nou, celelalte au fost complectate şi adaptate stării actuale a cunoştinţelor». S'a adăogat la sfârşitul cărţii 2 tabele cu conţinutul în vitamine al alimentelor.

In fine, un cuvânt bun trebue adăogat pentru bunele condiţiuni de tipărire în care editura prezintă această traducere.

Role de la constitution dans les maladies infectieuses des enfants, par Hanna Hirszfeld Docteur en médecine, préface du Professeur **Robert Debré.** *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 152 pag. cu 20 fig. $ 0.70. (Collection Médecine et Chirurgie: Recherches et Applications).

Cercetările biologice întreprinse asupra vegetalelor, apoi asupra animalelor, cercetările asupra maladiilor familiale, malformaţiunile constituţionale, predominanţele patologice în unele ţări, descoperirea, însfârşit asupra hereditătei grupelor sanguine, modificând mult studiul maladiei umane, au renovat anumite capitole ale pediatriei.

Intemeiat pe aceste date noui, autoarea a studiat mai mulţi ani, la Clinica pediatrică din Varşovia, Patologia copilului. Ea este în măsură să aducă astăzi o lucrare foarte originală asupra predispoziţiunilor la maladiile infecţioase privite prin prisma concepţiunilor şi a legilor geneticei.

Departe de a contrazice concluziunile de către descoperirile bacteriologiei şi ale imunologiei, studiul hereditătei predispoziţiunilor le îmbogăţeşte şi le complecteză.

In domeniul maladiilor infecţioase şi al Imunităţei cărora autoarea li se consacră în acest volum, este greu de diferenţiat ceeace la om, este câştigat în cursul vieţii sau provine din patrimoniul său hereditar. Dacă cel mai mic contact microbian provoacă reacţiuni vizibile sau nu, al căror consecinţe durează toată viaţa, ar fi fals să se atribue toate diferenţele între rezistenţele individuale, familiale şi etnice acestui singur factor; astfel se impune noţiunea unei predispoziţiuni şi unei rezistenţe transmise după legile hereditătei.

Localisations viscérales et aspects chirurgicaus des brucelloses, par R. Michel-Bechet, ancien interne des höpiteaux de Paris, associé national de l'Académie de chirurgie, avec la collaboration de MM. **R. Puig,** Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique à la Faculté **P. Charvert,** ancien Interne des Hôpitaux de Lyon ancien Chef de Clinique adjoint à la Faculté préface du professeur B. Cunéo *Masson et C-ie,* Un volum de 168 pagini. . . . . $ 15

Brucelozele cari se părea că apar numai în regiunea mediteraniană, iau o extindere din ce în ce mai mare, putându-se deci întâmpla ca orice practician să se găsească în faţa unui asemenea caz. Scopul acestei lucrări este să facă cunoscute noţiunile esenţiale referitoare la bruceloze, să expună mai ales localizările lor viscerale şi aspectele lor chirurgicale.

Trebue să se ştie că anumite viscere: ficatul căile biliare, pulmonii, inima, sistemul nervos pot fi atinse de Febra de Malta, aceste diferite localizări comportând o fizionomie clinică şi o evoluţiune foarte specială, ridicând numeroase probleme de diagnostic şi tratament

„Pierderile de substanță în leziunile degetelor"

de Dr. IOSEF FORSTER

(Clinica II-a chirurgicală universitară Viena, Director: Prof. Dr. W. Denk)

Autorul discută numai acele leziuni ale degetelor, cari sunt însoțite de o pierdere de substanță. E vorba în primul rând despre pierderea pulpei degetului prin decapitare sau zdrobire cu sau fără lezarea unghiei, apoi și despre detașări de porțiuni mari ale părții osoase terminale cu decolări, adesea întinse, ale pielei întregului deget. Toate aceste pierderi de substanță cad mai totdeauna în sarcina tratamentului pur chirurgical.

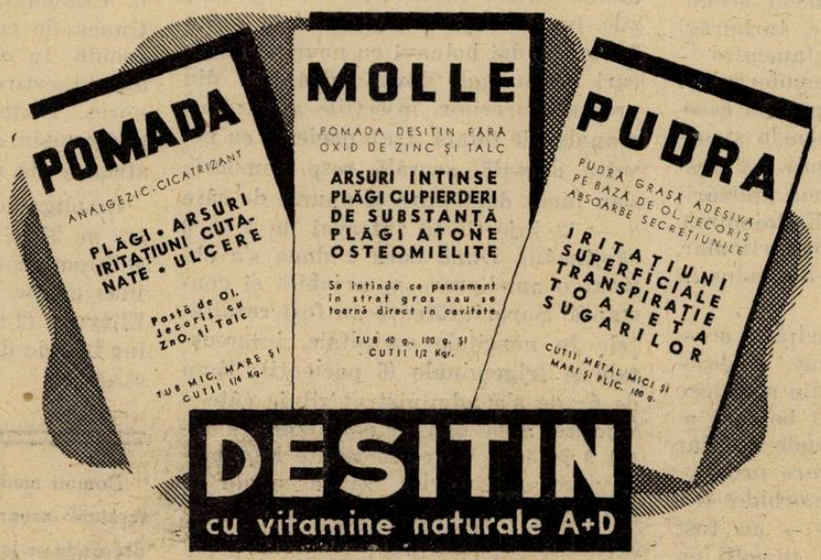
După ce trece în revistă metodele obișnuite de tratament de până acum și după o scurtă mențiune despre bunele rezultatete cu tratamentul prin untură de pește, autorul își descrie propria metodă executată cu ajutorul pomezii de untură de pește Desitin Molle.

Desitin Molle este extrem de indicat în tratamentul ambulatoriu și mai ales pentru practica generală, datorită folosirei sale lesnicioase și rezultatelor neobișnuit de bune obținute, atât din punct de vedere funcțional cât și cosmetic. Se întinde un strat destul de gros pe o bucată de pânză de in (compresa de gaz suge prea tare) pe care o aplicăm pe plagă astfel ca aceasta să fie uniform acoperită cu Desitin Molle, iar pansamentul să nu fie nicăeri lipit. Pentru a preveni o scurgere a Desitinului Molle, se leagă bine bucata de pânză cu o fașă de capătul proxim al degetului, așa că plaga stă ca într'o cameră umplută cu pomadă. Totul vine apoi înfășurat larg cu puțină vată celuloză. Cum punerea în repaos este un factor esențial al vindecărei și al protecției împotriva noilor traumatisme, degetul va fi așezat și pe o gutieră Böhler. In primele zile bratul se va ține suspendat. Pansamentul se va reînoi, prima oară după trei sau patru zile, pentru ca învelișul adesea întărit de sânge să dispară repede. Mai târziu urmează schimbarea la fiecare cinci până la șapte zile. Această schimbare însăși este cât se poate de nedureroasă, grație stratului gros de Desitin Molle.

La degetele cu extremitatea puternic zdrobită și cu fractura părței osoase terminale, se recomandă îndepărtarea sub anestezie locală sau generală a murdăriei, bucăților de țesut și frânturilor de os. Partea terminală a degetului trebue scurtată până la nivelul părții moi a plăgei, dacă osul e prea mult denudat.

Vindecarea pornește în așa fel, încât în primele zile sunt eliminate țesuturile lezate și necrotice, după care chiar în ziua a treia sau a patra începe o frumoasă granulație. Oasele denudate, și în special acelea, la cari prin desprindrea porțiunei distale s'a deschis cavitatea măduvei, sunt după acest timp complet acoperite cu țesut de granulație. Niciodată nu se ajunge la vre-o reacție inflamatorie. Granulațiunea se formează mai departe, până se cam împlinește partea care lipsește, după care începe să se formeze dinspre marginea plăgei, un strat de epitalizare. Epiteliul se întinde în formă conică până în spre porțiunea terminală nou formată a degetului, la al cărui capăt exterior rămâne o mică crustă, care de cele mai multe ori se elimină abea după mai multă vreme în timp ce însuși pacientul e de mult apt pentru lucru. Durata vindecărei ține în medie patru până la cinci săptămâni în plăgile curate cu pierderea de substanță a părților moi, iar la acelea cu pierderile părții osoase cinci până la opt săptămâni.

Pielea vârfului de deget nou format este bine căptușită și de grosime normală, datorită granulațiunilor noi formate de pomada cu untură de pește Desitin Molle. Nu se produc cicatrice dureroase, atrofice, iar pielea este, în ce privește inervațiunea, gata, precum și sensibilă la pipăit și temperatură, ba încă se formează adesea și noui linii papilare. Dacă numai partea de jos a unghiei este conservată, se obține din nou formarea unei unghii bune, care însă e ceva mai încovoiată.



Codex S. A. R. Calea Șerban Vodă 41, București.

ACTUALITĂŢI DIN LITERATURA STRĂINĂ

Rezultate obţinute cu Endojodin

F. Mras
Viena. (Med. Wschr. 1940, Nr. 9, pag. 170)

Mras tratează cu ajutorul Endojodin-ei 118 bolnavi de arterioscleroză, bronşită cr. etc. In decursul acestor tratamente nu s'au semnalat nici un fel de manifestaţiuni secundare, chiar şi formele uşoare de hipersensibilitate faţă de acest medicament, au fost extrem de rare. In toate cazurile a fost constatată o toleranţă mai perfectă în urma aplicării parenterale a Endojodin-ei, decât a altor derivaţi de iod aplicaţi înaintea tratamentului, pe cale bucală. In urma aplicării intravenoase, nu au fost observate leziuni vasculare; deasemenea nici după două injectări paravenoase. In decursul injectării, bolnavul — în afară de căldură nu resimte nimic. Au mai fost trataţi 37 bolnavi de astm bronchial, obţinându-se o fluidifiere a secreţiei bronchiale, precum şi o ameliorare a stării generale. In 15 cazuri, tratamentul cu Endojodin-ă a fost combinat cu autohemoterapie. Rezultatele obţinute au fost satisfăcătoare; timp de 4—6 săptămâni după terminarea tratamentului cu Endojodin-ă, nu au reapărut accesele.

In 25 de cazuri de bronşită cronică şi emfizem pulmonar, tratamentul cu Endojodin-ă a modificat întru atât starea generală, încât s'a renunţat la aplicarea calmantelor. Acţiunea Endojodin-ei se poate constata şi din dispariţia valurilor uscate, în urma lichefierării secreţiunei bronchiale. Tot astfel, în 10 cazuri de bronşită senilă acută, aplicarea Endojodin-ei duce la vindecarea rapidă.

S'au mai administrat tratamente energice cu Endojodin-ă la alţi 25 bolnavi de arterioscleroză. Dintre aceştia, 17 bolnavi prezentau fenomene secundare ca şi ameţeli, cefalee, turburări vizuale şi insomnii. Tratamentul — uneori combinat cu autohemoterapie— a dus în scurt timp la dispariţia acestor manifestaţiuni. Fenomenele stenocardiace ale unor hipertonii, au fost tratate şi înlăturate în urma aplicării combinate de Lacarnol şi Endojodin-ă. In 8 cazuri de reumatism poliarticular, tratamentul cu Endojodin-ă a adus la ameliorare.

Pentru verificarea eficacităţii acestui medicament, s'a aplicat Endojodin-ă în 13 cazuri de sinusite maxilare şi etmoidale cronice. La 11 bolnavi acest tratament a dus la vindecare, iar la ceilalţi 2, la o ameliorare pronunţată a manifestaţiunilor morbide. Recidivele — de altfel rare — au fost cupate cu ajutorul altor injecţii cu Endojodin-ă.

Consideraţiuni asupra tratamentului diverselor nevrite prin vitamina B_1

K. Kriegel
Nürnberg (Med Welt. 1939, nr. 4, pag. 122)

Consumul minimal de vitamină B_1 al omului sănătos este în medie circa 1 mgr. In alimentaţia foarte bogată în hidraţi de carbon, în hiperfuncţiunea tiroidei, în surmenajul muscular, în bolile febrile; pe scurt, pretutindeni unde procesul de combustiune al organismului este accentuat, nevoia de vitamină B_1 este mai mare. In timpul sarcinei şi în perioada de lactaţie, consumul de vitamină B_1 este de 3—5 ori mai mare ca de obiceiu. In afecţiunile febrile mai îndelungate, de ex. în gripă, difterie, malarie, etc., deci în cazul unui consum mărit de vitamină, survin fenomene evidente de carenţă, sub formă de polinevrite. Faptul, că fenomenele hipovitaminelor dispar în urma administrării de B_1, evidenţiază în mod concludent cauzalitatea carenţei de vitamină B_1.

Kriegel a tratat cu Betaxin vreo 70 de bolnavi cu variante forme de nevrită. Merită o subliniere deosebită succesele obţinute în sciatică. Autorul procedează astfel. Mai întâi administrează zilnic câte o injecţie Betaxin timp de 6 zile, apoi la 2 sau 3 zile intra-muscular, în total 12 fiole. La cei 8 bolnavi cu sciatică acută durerile au dispărut complect. Deasemeni şi la 2 bolnavi cu o sciatică veche de circa 1 an, s'a observat o ameliorare evidentă. Polinevrita acută a fost la fel de bine influenţată la 7 bolnavi. La 15 bolnavi cu nevrita plexului brachial, în braţ resp. în antebraţ durerile s'au ameliorat chiar după a 4-a sau a 6-a injecţie. In total s'au administrat 9 injecţii şi anume câte o injecţie pe zi timp de 6 zile, iar ultimele 3 injecţiuni la 2 sau 3 zile. La doi bolnavi cu nevrită acută, cari nu puteau dormi noaptea din pricina durerilor, injecţiile au produs o analgezie totală. La 5 pacienţi cu nevrită dorsală, sacrală resp. lombară, s'au făcut două cure şi anume de câte 8 — 12 injecţii în interval de 4 — 6 săptămâni. După cura a doua s'a obţinut o ameliorare apreciabilă şi constantă. Surprinzătoare au fost rezultatele în nevritele occipitale, intercostale şi trigeminale (6 pacienţi); timp de 6 zile s'a administrat zilnic câte o injecţie, apoi una la două zile, în total 9 injecţii. Durerile acute la 2 bolnavi cu polinevrită reumatismală în extremităţi au cedat după a 3-a injecţie cu Betaxin, iar după 6 injecţiuni au dispărut orice dureri.

Aplicarea preparatelor tiroidiene în turburările menstruale

Dr. B. Grumbrecht
Clin. Gyn. Freiburg ; i. Br. (Referat după Zbl. Gyn. 1939, nr. 35).

Aplicând câte 5 gr. Thyroxină zilnic femelei de şobolan, se obţine o maturaţie a ovulelor precum şi accentuare în formarea corpului galben. Glanda tiroidă activează sensibilitatea ovarului faţă de hormonul L. A. H.. Aceasta se poate vedea şi din faptul, că aceeaşi cantitate de L. A. H. pulverizat, care acţionează numai în sensul unei maturaţiuni, în urma unui adaus de Thyroxină acţionează pe lângă maturaţia amintită şi la formarea corpului galben. Acţiunea aceasta este mijlocită prin ajutorul hormonului de tip hipofisar şi nu placentar. In insuficienţele tireoide, această sensibilitate a ovarului este diminuată, aşa încât vom constata cazuri de infantilism amenoree sau oligomenoree, în timp ce hipertireozele duc la polimenoree. Insuficienţa tireoidiană este înlăturată cu hormanul tireoidian (Elityran); această acţiune poate fi mărită adăogându-se un extras de L. H. A.. In amenoree cu hipertireoidism (M. B..— 13% aplicarea de Elityran (2 tabl. pe zi) sau de tyroxină (zilnic 1 mgr.) au dus la dispariţia turburărilor amintite. O nouă amenoree ivită în decursul unei cistopielite, fu înlăturată cu Foliculin-Progesteron. M. B. revine din nou la — 11%. Se aplică Elityran (5 săptămâni), iar M. B. revine la — 2%. In cazul unei femei cu amenoree secundară (de 5 ani) s'a ajuns la rezultat aplicând extrase totale de hipofiză anterioară + Thyreoidină. S'a ajuns astfel la menstruaţii de câte 2 zile timp de 5 săptămâni.

F. Siegert (Clin. gin. Freiburg: Gebh. u. Frauenkl. 1939, nr. 10), descrie acţiunea de corelaţie dintre ovar şi tireoidă. In cazul unei femei de 23 de ani, hipertireoidismul a dus la polimenoree. Tratamentul executat cu Dijodithyroisin, a produs o revenire a menstruaţiei la normal.

In oligomenorea unei femei în vârstă de 27 de ani cu hipoplasie uterină şi hipotireoidism (M. B.—13%), s'a ajuns graţie tratamentului executat cu Elityran (2 tabl. zilnic) la M.B. — 12%, iar în cele din urmă la revenirea menstruaţiei.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53, şi Cluj, Calea Moţilor 18.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOIOD

SUBCUTAN, INTRAVENOS, INTRAMUSCULAR

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenterie, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibacilozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.**

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: **In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). CULTURA USCATA: 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată*, deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 18 — 10 Lei Exemplarul — 15 Septembrie 1940

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNEA

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 141/938 Trib. Ilfov
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

COMITETUL DE REDACȚIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Brașcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Șt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenți: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administrația revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Prof. Dr. TUDORANU: *Date noi în tratamentul Diabetului zaharat* 197

Dr. A. VASILESCU și CONST. DANIEL: *Tratamentul neurosifilisului prin Solvarsin simplu sau asociat cu Malarioterapia* 199

Dr. ȘERBAN PAPADOPOL: *Incidentele chimioterapiei sulfamidate și mijloacele necesare pentru a le remedia* 202

Dr. AURELIAN POPESCU și VLAD VASILIU: *Tratamentul arsurilor cu pulvere de Tanin* 204

Dr. VINTILĂ GEORGESCU: *Un hemostatic excelent în otorino-laringologie: Manetolul «Bayer»* 206

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *In fața dramei naționale românești și a marilor speranțe de redresare* . 207

REVISTA CĂRȚILOR

Dr. Salvator Cupcea: Constituție morfologică și etate. 1 vol. 40 pag., cu grafice și tabele. Cluj, 1939, Tipografia «Cartea Românească» recenzat, de Dr. A. Dosios 205

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Reînființarea Catedrei de Clinică Infantilă la Facultatea de Medicină din București; Norme pentru primirea Studenților evrei în Învățământul superior. 308

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri și 2 planșe, 40 fr.

Les explorations fonctionnelles, par *Noël Fiessinger*, Masson et C-ie, éditers. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Ceia ce înseamnă SALVARSANUL pentru SIFILIS
reprezintă descoperirea preparatului

ULIRON

în tratamentul blenoragiei

In comparație cu sulfanilamida Uliron garantează o toleranță mai mare, împreună cu un efect terapeutic desăvârșit, deși dozele față de sulfanilamidă sunt mai reduse. Acelaș efect îl are Ulironul și în infecțiuni stafilococice.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
- antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
- antistreptococic »
- antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).

Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
- antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
- anticărbunos
- antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
- antipoliomyelitic
- anticoli polyvalent
- antistafilococic
- antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
- antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
- normal de cal
- normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
- antistafilococic
- antigonococic
- antipneumococic
- antitifo-paratific
- antiholeric
- contra tusei convulsive (Bordet)
- anticoli (Gengou)

Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diferică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag); anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se prescumbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

MEDICAŢIA IDEALĂ A TUTUROR STĂRILOR SPASMODICE:

(Spasmul piloric, gastric, intestinal, ale căilor biliare etc. ulcer gastric, ulcer duodenal)

SURPARYL

Eficacitatea potenţializată prin acţiunea sinergetică a celor 2 componenţi: PERPARIN (de 3 ori mai eficace ca Papaverina) şi NOVATROPIN (de 50 ori mai puţin toxic ca Atropina).

In comerţ: Surparyl injecţiuni, forte tablete şi supozitoare.

UROCARMIN

PENTRU TRATAMENTUL ŞI PROFILAXIA INFECŢIUNILOR CĂILOR URINARE

COLORANT AZOIC CU ACŢIUNE BACTERIOSTATICA

(bacilul coli, strepo şi stafilococ, proteus, etc.)

Efecte neinfluenţate de reacţiunea urinei

Tablete: tuburi cu 20 şi 50 tablete

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor

Transpulmin

Chinină basică şi camfor, solvate în oleuri eterice.

Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.

«Transpulmin este o inovaţie aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală». (Prof. G. von Bergman).

In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc., flacoane de 15 cmc.

AKROFOLLIN

PREPARAT SINTETIC AL HORMONULUI FOLICULAR CU ACŢIUNE ENERGICĂ ŞI DURABILĂ

FIOLE: 1000, 10.000, şi 50.000 U. S.

DRAGEURI: 1000 şi 5000 U. S.

(1. U. S.=1/10.000 mg. de 17 propionat de oestradiol)

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.

Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

SILANDIN

(NUME DEPUS)

SILICAT BAZIC DE MAGNEZIU

Produce desintoxicarea şi micşorarea acidităţii organismului, ameliorând peristatismul şi adsorbând gazele; deci indicat în:

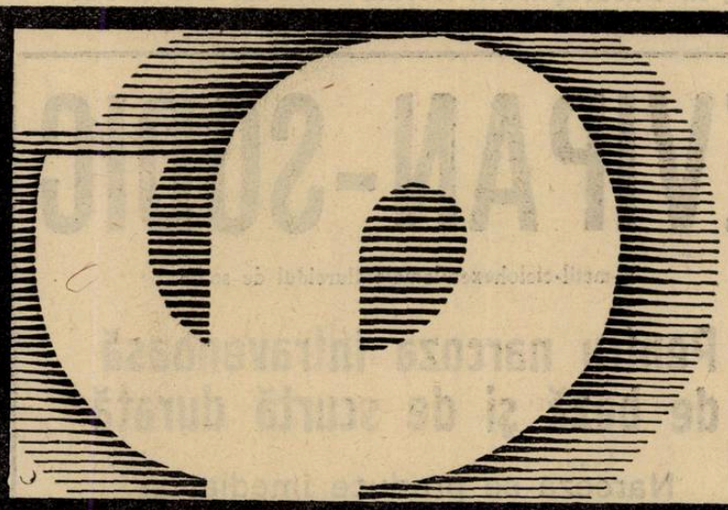
INTOXICAŢIUNI prin acizi, sau produsele de putrefacţie ale albuminelor etc.
CONSTIPAŢII cronice, meteorism.
ULCER VENTRICULAR şi duodenal

AMELIOREAZĂ STAREA GENERALĂ

Ambalaj cu 100 g
„ „ 250 g

MOSTRE LA CERERE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6



Baza biologică a rezistenţei în Tuberculoze

Cholibiol

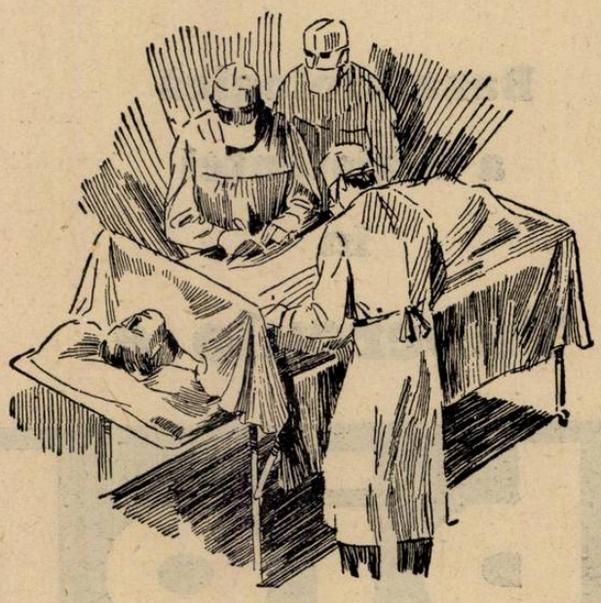
fost BIOCHOLINE

Chlorhidrat de Cholină R. & C. pentru injecţii subcutanate. După lucrările Profesorului J. CARLES şi Dr. F. LEURET. (Comunicări la Academia de Medicină: 18 Februarie 1930, 2 Februarie 1931). O injecţie la 2 zile. Produs chimic pur. Nici o toxicitate. Injecţii nedureroase.
Singurul preparat sub controlul fiziologic şi chimic al autorilor.

LABORATOARELE ROBERT & CARRIÈRE
1, AVENUE DE VILLARS, PARIS. (VII-e)

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8

Repr. generală pentru România: „S. I. F." S. A. R. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51



EVIPAN-SODIC

N-metil-ciclohexenilomalonilureidul de sodiu

Pentru narcoza intravenoasă de bază şi de scurtă durată

Narcoza se produce imediat şi durează 15–20 minute. Fără accidente locale şi generale. Redeşteptarea din narcoză se face repede şi fără inconveniente.

Ambalaje originale:

Cutie cu 1 g. Evipan-sodic + 1 fiolă cu 10,5 cc. apă destilată sterilizată.

Cutie cu 5 fiole de 0,5 şi 1 g. Evipan-sodic + 5 fiole cu 5 resp. 10,5 cc. apă destilată sterilizată.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86.

Anul XVIII. No. 18 — 10 Lei Exemplarul — 15 Septembrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Date noi în tratamentul diabetului zaharat

de Prof. Dr. Gh. TUDORANU

Diabetul zaharat este una din afecţiunile pentru care nu s'a spus ultimul cuvânt, atât în privinţa patogeniei, cât mai ales în privinţa tratamentului.

Descoperirea insulinii de către Banting şi Best, având ca precursor pe învăţatul român Dr. Paulescu, a fost, desigur, etapa cea mai importantă în tratamenul diabetului.

Descoperirile ulterioare ale Protaminei-Zinc-Insulinei au servit pentru înlăturarea desavantajului Insulinei, de a se elimina prea repede din organism, conferind acesteia proprietatea de a fi utilizată în organism, după nevoile lui, în mod lent, adică ca şi cum ar fi secretată de pancreas.

Dacă Insulina, însă, nu are indicaţiuni decât în anumite forme de diabet (diabetul slab, diabetul gras cu complicaţii, diabetul la copii şi bătrâni), regimul alimentar îşi are indicaţiunea în orice formă de diabet.

In ultimile două decenii au fost utilizate în Europa, mai ales regimurile lui Falta, Norden şi Labbé, iar în America regimul lui Joslin.

Astăzi se vede, din ce în mai mult, tendinţa de a se da diabeticilor o cantitate mai mare de hidrocarbonaţi şi o cât mai mică cantitate de grăsimi, la care se adaugă, în unele forme, tratamentul cu insulină veche sau cu protamină-zinc-insulină, lucru care ne propunem să evidenţiem în articolul de faţă.

Cercetările recente ale Americanilor au arătat că diabeticii au evoluţie mai bună şi pot tolera mult mai uşor complicaţiile, dacă se măreşte, în regimuri, cantitatea de zaharuri şi se micşorează cantitatea de grăsimi, până la raţia fiziologică.

Intr'adevăr, unele regimuri sistematizate, de până acum, cum era regimul lui Falta, era şi insuficient şi prea complicat. El cuprindea un regim strict (Strengekost), de 2—3 zile, numai cu 25 gr. hidraţi de cărbune, apoi un regim de post de o zi, 2 zile de regim cu fulgi de ovăz, 2—3 zile de regim de legume cu 130—180 hidrocarbonaţi şi apoi un regim variat. Regimul nu putea fi executat decât în sanatorii cu bucătării specializate pentru aceste regimuri. Falta are, însă, meritul că, în regimul cu amilacee introduce o mai mare cantitate de hidrocarbonaţi, ceea ce avantajează evoluţia diabetului.

Joslin are, de asemenea, câteva diete pentru diabet: una cu 100 gr. hidrocarbonaţi, alta cu 60 gr. şi, în fine, una cu 42 gr. hidrocarbonaţi, având ca scop favorizarea utilizării zaharurilor. Joslin a aplicat aceste regimuri pe foarte multe cazuri, cu rezultate mulţumitoare. In ultimii ani Joslin a preconizat reducerea grăsimilor din alimentaţie, întru cât acestea ar fi responsabile de accidentele arterio-sclerozei la diabetici, accidente ce dau cel mai mare procent de mortalitate.

Dacă Falta şi Joslin au meritul că au atras atenţia asupra sporirii consumării de zaharuri, în comparaţie cu regimurile predecesorilor, cercetătorii din zilele noastre au tendinţa de a mări şi mai mult raţia de zaharuri la diabeticii slabi, ajustând consumul lor şi cu întrebuinţarea Insulinei vechi sau asociată cu protamina-zinc-insulină.

Vom reda faptele mai importante care rezultă din experienţele cercetătorilor americani.

După aceşti autori tratamentul variază după cum avem a face cu bolnavi obezi, sau slabi.

La diabeticii obezi autorii americani (Duncan [1]), Newburg şi Conn [2]), Durkin şi Fetter [3]) au arătat că reducerea în greutate a bolnavilor, la greutatea medie ideală, scoboară glicemia în limitele normale şi face să dispară glicozuria.

Cu o dietă cuprinzând 1200 calorii: cu 90—120 gr. zaharuri, 1 gr. de kgr. de greutate proteine şi 50—55 gr. grăsimi, bolnavii scad în greutate şi prin aceasta dispar şi semnele diabetului.

Factorul principal este deci obezitatea, iar glicemia şi glicozuria rămân ca factori secundari, care se ameliorează dela sine, odată ce se tratează obezitatea.

Injecţiile cu insulină n'au nicio indicaţie în asemenea cazuri.

In cazul când cu acest regim nu scade glicemia, este nevoie de insulină.

Atunci când bolnavii obezi, cu dieta de mai sus, câştigă în greutate, pronosticul este rezervat şi controlul e mai greu de făcut, chiar cu doze mari de insulină. In acest caz se pot ivi complicaţii cardio-vasculare periculoase pentru diabetici.

La diabeticii slabi (bolnavi ce au cel puţin 15% sub greutatea medie), tratamentul este cu totul opus aceluia al diabeticilor obezi. In această formă, scopul tratamentului e de a spori greutatea bolnavilor, cu o dietă bogată în calorii: se recomandă 2200 calorii, 30—35 de calorii de kgr. de greutate, cuprinzând 150—300 gr. zaharuri, 1—1½ gr. proteine de kgr. de greutate la adult şi 1½—3 gr. de kgr de greutate la copil. La bolnavii cu diabet slab insulina este obligatorie.

In timpul din urmă, se preferă tratamentul cu protamină--zinc-insulină, care se face dimineaţa, la care se adaugă o mică cantitate de insulină veche. Doza de insulină variază, dela caz la caz, aşa fel ca glicemia, à jeûne, să fie redusă aproape de cifra normală, glicozuria să fie subt 10 gr. la mie şi greutatea să fie foarte apropiată de greutatea standard, după vârsta şi înălţimea bolnavului.

Tratamentul complicaţiilor diabetului zaharat

Orice diabetic poate fi expus la o serie de complicaţii: infecţiuni, gangrenă, angor pectoris, cetoze, etc.

Infecţiunile acute produc întotdeauna la diabetici hiperglicemie şi acidoză, care poate merge până la comă.

Mecanismul întunecării pronosticului la diabetici nu e complect elucidat. S'a studiat o serie de factori, care ar putea explica gravitatea diabetului în infecţiuni. Astfel, s'a văzut că, chiar persoane normale fac hepergliceme în afecţiunile febrile şi diabeticii latenţi au o evoluţie mai severă în cursul afecţiunilor acute şi cronice. Este probabil că, acţiunea insulinei este inhibată de factori antagonişti, elaboraţi de tiroidă, hipofiză şi capsulele suprarenale.

De aceea este nevoie de un tratament cu insulină, în cursul infecţiunilor acute.

Unii cercetători recomandă în infecţiunile moderate circa 60 U. insulină veche, repartizată în 4 injecţii, la fiecare 6 ore (ora 6 dim., 12 ziua, 6 seara şi 12 noaptea). După fiecare injecţie bolnavul trebue să mănânce, repartizndu-şi regimul de zaharuri şi proteine în 4 prânzuri.

In cazurile de infecţiuni mai severe, doza de insulină se repartizează în 6 injecţii şi masa în 6 prânzuri, după injecţii. Pentru o personaă de 70 kgr.

1) Diabetes Mellitusand Obesity Philad. Lea and Fe-biger 1939.

2) Journ. Amer. Med. Assoc. (112 Jan. 7) 1939.

3) The Medical Clinics of North America November 1939.

dieta va avea circa 280 gr. zaharuri, 50—70 gr. proteine şi 50 gr. grăsimi.

In cazurile foarte grave, insulina se poate mări, repartizându-se în doze fracţionate.

La sfârşitul injecţiunilor se reduce cantitatea de insulină, întrebuinţându-se protamina-zinc-insulina singură sau cu o mică cantitate de insulină veche; insulina nu se suprimă complet, chiar dacă glicemia a scăzut, întru cât hiperglicemia poate reveni.

Dacă hiperglicemia persistă, se fac 3 doze de insulină veche.

La bolnavii cu infecţiuni urinare, trebue să se dea atenţie hiperglicemiei şi nu glicozuriei care poate lipsi. Astfel, se citează bolnavi cu 4 gr. 80 glicemie şi cu absenţa glicozuriei.

Complicaţiile chirurgicale

Gangrena este una din complicaţiile chirurgicale a cărei etiologie nu-i complect lămurită.

Regimurile bogate în grăsimi şi sărace în zaharuri predispun la arterio-scleroză care, între altele, poate da şi gangrena piciorului.

In afară de inspecţia regiunii şi palparea arterei pedioase şi tibiale posterioare, e necesar să facem şi radiografia piciorului, pentru a aprecia gradul calcificării vaselor şi a alege locul amputării.

In privinţa regimului, se întrebuinţează 150—160 gr. hidraţi de cărbune şi circa 80 unităţi de insulină veche, în 6 doze. In dimineaţa operaţiei se pot da 500 cc. glicoză 5% intravenos.

Coma. Orice diabetic poate fi candidat la comă, atunci când neglijează tratamentul cu insulină, sau scade zaharurile din regim, ori are o infecţie acută, sau diaree, vărsături, etc.

Ca tratament se întrebuinţează circa 100 U. protamină-zinc-insulină şi 100 U. insulină veche şi regim cu 1500 calorii cuprinzând 250 gr. zaharuri, 60 gr. proteine şi 30 gr. grăsimi. In cazuri grave de comă, în care rezerva alcalină e foarte scăzută, se poate întrebuinţa insulină în doze şi mai mari, până la 40 U, la fiecare jumătate de oră; In unele cazuri putându-se ajunge până la 900 U. în 24 ore. [4])

Complicaţiile cardio-vasculare în diabet

Joslin, în ultimii ani, s'a făcut propovăduitorul unui regim sărac în grăsimi şi bogat în zaharuri, pentru prevenirea arterio-sclerozei la diabetici.

Pentru diabeticii graşi se recomandă un regim cu puţine calorii, iar pentru diabeticii slabi se recomandă, cum am arătat mai sus, dietă mai bogată în calorii şi în zaharuri.

Pentru coronarite se recomandă un regim bogat în zaharuri (250 gr.), util şi pentru hrana miocardului. Insulina nu este contra-indicată. [5]).

Diabetul la copii

Diabetul la copii şi adolescenţi este mult mai sever ca la adulţi, e de obiceiu progresiv şi favorizează acidoza.

Reclamă întotdeauna tratamentul cu insulină.

In diabetul infantil e nevoie de o dietă cu 6—10 gr. de kgr. de greutate zaharuri, 2—3 gr. de kgr. greutate proteine şi grăsimi. Dieta e împărţită în atâtea prânzuri câte doze de insulină se cer.

In privinţa tratamentului cu insulină în prezenţa complicaţiilor acute, se recomandă insulină veche.

Când dispar complicaţiile se adaugă protamină-zinc-insulină, care poate fi întrebuinţată şi singură.

In diabetul infantil fără complicaţii, doza de insulină se împarte în 5. Trei cincimi se dau sub formă de protamină-zinc-insulină şi se injectează dimineaţa; celelalte două cincimi se împart în trei şi se dau sub formă de insulină veche, dintre care două părţi se injectează dimineaţa şi o parte seara. Exemplu: dacă avem de injectat 65 de unităţi de insulină, 39 se vor da subt formă de protamină, dimineaţa 17.50 insulină veche dimineaţa şi 8.50 insulină veche seara. Dacă doza de insulină e mai mare, se vor face numai două cincimi protamină dimineaţa şi o treime din insulina veche dimineaţa. Restul de două treimi insulină veche rămânând pentru seara.

Glicemia trebue ţinută subt 2 gr. la mie şi glicozuria subt 10 la mie. [6]).

Diabetul la bătrîni

Diabeticii bătrâni au câteva particularităţi care nu se întâlnesc la altă vârstă. E bine cunoscută arterio-scleroza la bătrâni, capabilă să dea atâtea complicaţii (hemoragie, gangrena piciorului, coronarite, etc.), unele din ele fiind o cauză de moarte.

Bătrânii au totdeauna pragul glicemiei mai ridicat ca tinerii şi, ca o consecinţă, glicemia poate fi foarte ridicată, fără glicozurie.

In asemenea cazuri, precum şi în cazurile uşoare cu glicozurie, se preconizează protamină-zinc-insulină circa 15 U. dimineaţa.

La diabeticii cu forme mai severe se administrează o cantitate suficientă de zaharuri şi insulină, ca să nu apară cetoze în urină. Prezenţa acestora înseamnă că zaharurile nu-s bine oxidate în organism.

Uneori numai mărirea cantităţii de zaharuri în alimentaţie, fără insulină, ajută la oxidarea ei în organism. Un exemplu: un bolnav căruia i se administrează 150 gr. zaharuri are 25 gr. zahăr în urină şi absenţa cetozelor. El oxidează deci 125 gr. glucoză. Dacă i se administrează numai 100 gr. zaharuri şi are 15 gr. zahăr în urină şi cetoze în urină, înseamnă că el nu oxidează decât 85 gr. glucoză. Dacă i se dau 60 gr. zaharuri şi are 10 gr. de zahăr în urină şi foarte multe cetoze, înseamnă că nu arde de cât 50 gr. glucoză.

Tratamentul unui bătrân diabetic trebue să ţină seama de câteva condiţii: să se ardă cât mai multă glucoză dată în regim, să nu fie cetoze în urină, să nu se caute a se debarasa complet urina de zahăr, debitul urinar să fie circa 1000 cm., iar glicemia să fie de 2 la mie sau ceva subt 2.

In deosebi, la bolnavii cu arterioscleroză, trebue să fim atenţi la administrarea insulinei, întru cât din cauza şocului insulinei se pot produce o serie de tulburări ale cordului (angină) pectorală, tromboză coronariană şi modificări în electro-cardiogramă — spaţiul ST sau inversiunea lui T), greaţă, vărsături, etc. Nu toţi bolnavii cu şoc insulinic au hipoglicemie. Unii au încă hiperglicemie, o cantitate de zahăr mobilizându-se din ficat subt acţiunea adrenalinei (R. Keeton).

O altă particularitate a glandelor endocrine este diabetul la femeia în menopauză. E bine cunoscută acţiunea hipoglicemică a insulinei la iepure. Acţiunea ei însă e inhibată dacă se injectează iepurelui sânge dela o bolnavă, cu diabet, în menopauză. Tratamentul pacientei cu foliculină, pe lângă că-i ameliorează simptomele de diabet, dar face ca sângele ei injectat la iepure să nu mai inhibeze acţiunea insulinei.

Explicaţia ar fi următcarea: menopauza aduce insuficienţa ovariană şi hiperactivitatea hipofizei, care dă o aşa de mare hiperglicemie, încât se anulează efectul insulinei injectate la iepure. Tratamentul cu foliculină la femeia diabetică reduce activitatea hipofizei şi deci şi a hiperglicemiei, astfel încât insulina poate avea efect hipoglicemic (R. Wilder).

Din datele de mai sus se poate vedea că tratamentul diabetului variază după cum avem a face cu bolnavi obezi sau slabi, după cum avem a face cu copii sau bătrâni şi în raport cu diferitele complicaţii.

In afară de diabetul persoanelor grase, care cere un regim cu puţine calorii, în toate celelalte forme de diabet se cere un regim mai bogat în zaharuri şi cu o cantitate de insulină care variază după forme şi dela caz la caz.

4) The Medical clinices of North America, November 1939.

5) The Medical clinices of North America, November 1939.

6) Ibidem.

Die neue Wochenzeitung

DAS REICH

zeigt die großen Zusammenhänge des Weltgeschehens

Stets sucht das neue Blatt in den Teil-Handlungen die großen Linien aufzuzeigen; einsichtig und weitblickend zeichnet es ein klares Bild unserer Zeit. Von der politischen und militärischen Kraftentfaltung bis zu den weltwirtschaftlichen Rückwirkungen, von der feinsinnigen Kunstäußerung bis zu sportlichen und fraulichen Dingen wird hier das Leben in seiner Vielfalt beleuchtet und verständnisvollgewertet. Im „Reich" sprechen führende Männer zu Ihnen.

Viele Bilder

Für 13 Lei überall zu haben

Hipnotic, anestezic, analgezic, antispasmodic

SEDOPON LALEUF

Fiole şi compr.

Alcaloizi totali de opiu asociaţi cu Scopolamină şi sulf. de Sparteină.

Fiole: După indicaţiuni la nevoie.

Comprimate: 1—4 comprimate în 24 ore.

Mostre medicale şi literatură la
Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23 — Bucureşti IV

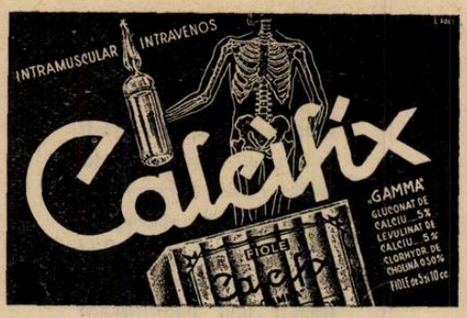
COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23



Fiole
DE **5** cmc.
ŞI
DE **10** cmc.

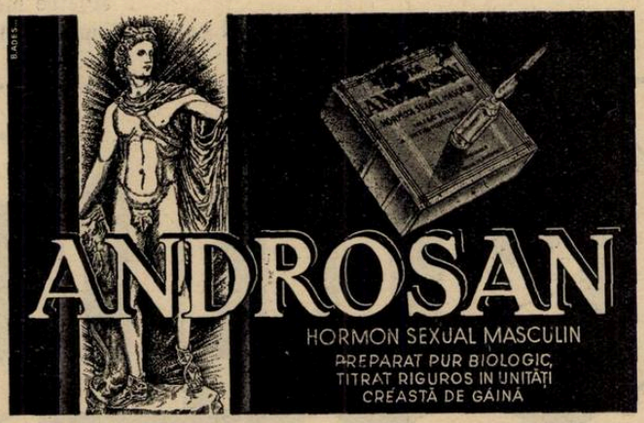
Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanţa pentru România S. I. F. s. a. r. Bucureşti IV, Avram Iancu 32

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDĂ

ANTIREUMATIC — ANALGETIC **REVULSIV — TOPIC**



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Bucureşti IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

Tratamentul neurosifilisului prin Solvarsin simplu sau asociat cu Malarioterapia *)

de Dr. A. VASILESCU
Medic Primar
şi
CONST. DANIEL
Intern

Sifilisul nervos a beneficiat în ultimii 20 de ani de 2 metode de tratament care au modificat radical pronosticul său — malarioterapia şi arsenicul pentavalent.

Lucrarea de faţă se ocupă de rezultatele tratamentului prin arsenic pentavalent la 34 de bolnavi internaţi în clinica de Psichiatrie din Bucureşti de sub conducerea d-lui Prof. *P. Tomescu* în cursul anilor 1939—40.

In cursul cercetărilor lor asupra activităţei spirilicide a arsenicului, *Ehrlich* şi *Hatta* au constatat că derivaţii acidului arsenic unde arsenicul este pentavalent, sunt mai puţin activi decât arsenobenzenii unde arsenicul este trivalent. Totuşi în 1909 *Balzer* şi mai târziu *Hallopeau* arată că *hectina compusă* (As_5) nu este lipsit de acţiune în contra treponemei. In 1921 *Fourneau* dela Institutul Pasteur din Paris împreună cu d. şi d-na *Tréfouel* prepară un număr de derivaţi ai acidului arsinic pe care îi dă spre experimentare lui *Levaditti* şi lui *Louis Fournier*. După perioada de optimism terapeutic, cercetările lui *Sezary* şi *Pommaret* arată că As_5 este cu mult mai puţin eficace decât arsenicul trivalent. Mai târziu *Lorenz, Loevenhart, Bleckwennet* şi *Hodjes* demonstrează puternica acţiune a tryparsamidei un compus arsenical pentavalent în neurosifilis. In acelaş timp *Sezary* şi *Barbé* obţin rezultate remarcabile cu Stovarsolul sodic (compus acetilat al acidului arsinic) în tratamentul paraliziei generale.

In urmă Casa Bayer prepară Solvarsinul pe care *Wagner von Jauregg* îl experimentează iar *Dattner, Kimming, A. Rottmann* şi *M. Kraus* îl utilizează pe o scară mai întinsă.

Solvarsinul este sarea de amino-etanol al acidului oxacetylaminophenilarsinic în soluţie 22,4% şi în fiole de 3 şi 5 cc. conţinând 0,05 gr. arsenic pe c. c.

Se ştie că tratamentul în sifilisul nervos este dominat de distincţia ce se face actualmente între sifilisul parenchimatos şi acela arterial, gomos şi meningitic. Sifilisul parenchimatos care corespunde paraliziei generale progresive şi tabesului, se opune astfel sifilisului arterial, gomos sau meningitic numit în general sifilis cerebral. Acestei deosebiri clinice şi anatomopatologice îi corespunde o diferenţă foarte netă în modul de reacţiune la tratament specific al acestor două grupe de afecţiuni. In adevăr, pe când în sifilisul cerebral arsenicul trivalent, bismutul şi mercurul sunt aproape tot atât de eficace ca şi în sifilisul secundar, în sifilisul nervos parenchimatos aceste medicamente sunt lipsite aproape complect de orice valoare terapeutică. Această noţiune capitală în materie de sifilis nervos a fost accentuată în ultimii ani de mai toţi sifiligrafii *(Sezary, Barbé, Wagner von Jauregg etc.)*. Astfel în paralizia generală mai ales tratamentul specific prin arsenic trivalent duce deseori la eşecuri şi uneori la agravări *(Jaanselme, Hudelo, Petges, de Massary, Henri Collin, Pojoga)*: din contra tratamentul cu arsenic pentavalent dă rezultate foarte bune. Tratamentul ideal al paraliziei generale este după cum arată *Marchand* malarioterapie asociată cu chimioterapie prin arsenic pentavalent. Totuşi chiar în procesele de arterită luetică cerebrală, arsenicul trivalent poate da loc la accidente grave, graţie acţiunei sale congestive care de multe ori contraindică întrebuinţarea sa. Intr'adevăr se cunoaşte frecvenţa icturilor — hemoragii sau edeme cerebrale la bolnavii atinşi de arterită specifică cerebrală. Aceste icturi pot fi determinate direct de arsenicul trivalent.

Se pare după cum afirmă *Sezary* că acţiunea terapeutică a arsenicului pentavalent se datoreşte faptului că acesta lucrează asupra procesului luetic numai după ce au suferit o reducere. Ori ţesuturile nervoase au o putere de oxidare scăzută. Din contra ineficacitatea arsenicului trivalent s'ar datori faptului că acesta este activ numai după oxidare.

Technică.

Am întrebuinţat Solvarsin în fiole de 3 c. c. făcând 2 injecţii intra-muşchiulare săptămânal. Am asociat uneori Solvarsin cu un preparat de bismut. O serie de Solvarsin cuprindea 20 injecţii a 3 c. c. i. m. adică doza totală 60 c. c. S'a efectuat o pauză de 45 de zile după terminarea unei serii după care am reluat tratamentul după aceiaşi schemă. La toţi bolnavii noştri după un examen clinic general, o analiză a lichidului cefalo-rachidian *(B. W. Nonne-Apelt, Pandy,* albuminorachie, glicorachie, limfocitoză şi reacţia cu benzoe coloidală) şi după diverse analize de laborator asupra cărora vom reveni, s'a făcut un exament amănunţit al fundului de ochiu. In cursul tratamentului cu Solvarsin s'a făcut la toţi bolnavii noştri cel puţin 2—3 examene de fund de ochi.

Rezultate generale.

Am tratat 7 bolnavi numai cu Solvarsin iar 27 bolnavi au fost trataţi prin malarioterapie după care s'a început numai decât tratamentul prin Solvarsin. Din aceşti 34 bolnavi, 11 (29%) au făcut 2 serii de Solvarsin iar restul sunt sau în curs de efectuare a unei a doua serie sau în pauză. Dealtminteri *Sezary* şi *Barbé* au arătat că ameliorarea după arsenic pentavalent se produce totdeauna în cursul primei serii şi anume în cursul celei de a doua jumătăţi a primei serii.

Iată rezultatele noastre globale:

Bolnavi trataţi numai cu Solvarsin 7

Recuperări sociale	4
Ameliorări	3
Neameliorati	0
Sucombaţi	0

Din 4 bolnavi recuperaţi social, 3 erau atinşi de sifilis cerebral arterial cu debut al fenomenelor psichotice între 1—2 luni iar un bolnav suferea de P. G. formă expansivă care debutase cu 3 săptămâni în urmă.

Din cei 3 bolnavi ameliorati, 3 sufereau de P. G. formă expansivă şi formă depresivă cu debut de 1—2 luni, iar celălalt era un caz de sifilis cerebral arterial care debutase cu 3 luni în urmă.

La toţi aceşti bolnavi malarioterapia era contraindicată din cauza frecvenţei icturilor care se reproduceau la 2—3 zile, într'unul din cazurile noastre. După începerea tratamentului cu Solvarsin nu am avut de înregistrat nici un singur ictus la aceşti bolnavi. Este un fapt asupra căruia vom reveni în cursul acestui articol şi care ni se pare că nu a fost destul de accentuat de diverşii autori.

Bolnavi trataţi cu Solvarsin şi Malarioterapie 27.

Aceşti bolnavi au fost trataţi prin inocularea intravenoasă de sânge parazitat de Pl. vivax sau Pl. ovale, iar după 8—10 accese febrile s'a dat bolnavilor chinină. Apoi s'a început numaidecât tratamentul prin Solvarsin.

Bolnavi cu P. G. şi Tabo-P. G. 23.

Recuperaţi social	— 10 bolnavi	— 43%
Ameliorati	— 8 bolnavi	— 34%
Neameliorati	— 4 bolnavi	— 17%
Sucombaţi	— 1 bolnavi.	

Bolnavi cu sifilis cerebral 4.

Recuperaţi social	— 3
Ameliorati	— 1
Neameliorati	— 0
Sucombaţi	— 0

Recuperare socială.

Sub numele de recuperare socială înţelegem cu *Marchand*, bolnavi care nu mai prezintă turburări mintale, care şi-au reluat ocupaţiile lor dar nu sunt încă vindecaţi biologic. Se ştie că tratamentul chimic sau piretoterapic al neuroluesului este cu atât mai

*) *Lucrare făcută în Clinica de Psichiatrie din Bucureşti, Director: Prof. Dr.* P. Tomescu.

eficace cu cât intervine mai devreme. Se admite în general că în prime 3—6 luni de la apariţia turburărilor mintale tratamentul are eficacitate maximă.

Studiind numai bolnavii cu sifilis nervos parenchimatos din acest punct de vedere (deşi un număr relativ mic de cazuri) am văzut că din cei 10 bolnavi recuperaţi social 7 (70%) aveau turburări de o lună sau mai puţin, 2 bolnavi aveau manifestări morbide de 2—3 luni iar o bolnavă avea turburări mintale de 5 luni.

După cum se vede şi din datele noastre, cu cât debutul maladiei este mai apropiat de momentul intervenţiei terapeutice cu atât rezultatele sunt mai bune.

S'au publicat numeroase lucrări la noi şi în străinătate tinzând să arate că forma clinică de P. G. cea mai sensibilă la tratament este forma expansivă. Adoptând împărţirea clinică a paraliziei generale făcută de profesorul *Obregia* în forme: expansive, depresive, somatice şi atipice constatăm:

Din 10 cazuri de recuperări sociale, 5 erau cazuri e P. G. expansiv, 4 erau cazuri de P. G. formă depresivă, iar unul era o formă somatică.

Ameliorare.

Numim ameliorati bolnavii care au rămas cu o reducere a fondului mintal, dar care sunt capabilii de o muncă fizică ce nu necesită un efort intelectual prea mare. La nici unul din aceşti bolnavi nu există fenomene delirante şi se observă o schimbare apreciabilă în bine a fenomenelor morbide pentru care s'au internat.

Din punctul de vedere al formei clinice de P. G. din cei 8 bolnavi ai noştri, 5 prezentau forme somatice de P. G. 2 aveau o formă depresivă iar un bolnav avea o formă expansivă.

Din 8 bolnavi ameliorati, 3 aveau turburări de 1 an aproximativ, 4 de 3—5 luni şi o bolnavă de 2 luni.

Neameliorati.

In acest grup plasăm 4 bolnavi care nu au fost cu nimic influenţati de tratament şi şi-au continuat evoluţia lor către demenţă. Este vorba de 4 bolnavi atinşi de o formă somatică de P. G. la care debutul turburărilor mintale remonta la 7—14 luni în urmă.

Sucombaţi.

O bolnavă cu formă somatică de P. G. cu turburări mintale datând de 2 luni a sucombat în cursul tratamentului în urma unei broncho-pneumonii streptococice. Ea era la a 3-a inde Solvarsin şi era la 14 zile de sfârşitul malariei. Nu putem vedea nici un fel de legătură de cauză la efect între această afecţiune şi tratamentul prin Solvarsin.

Consideraţiuni generale.

1. Rezultate comparative între malarioterapie urmată de arsenic trivalent şi malarioterapie urmată de arsenic pentavalent (Solvarsin) la bolnavi cu neuroleus.

2. Acţiunea Solvarsinului asupra reacţilor din L. C. R. şi sânge.

3. Acţiunea Solvarsinului asupra stării somatice şi psihice.

4. Accidente.

5. Icturi.

Rezultate comparative între malarioterapia urmată de arsenic trivalent şi malarioterapia urmată de arsenic pentavalent (Solvarsin).

Pentru a arăta valoarea Solvarsinului în tratamentul neuroluesului în comparaţie cu aceia a diverselor preparate de arsenic trivalent, am cercetat rezultatele therapeutice ale malarioterapiei urmată de tratamentul As_3 la 82 bolnavi cu neuro-lues internaţi în clinica de Psichiatrie din Bucureşti şi trataţi astfel în cursul anilor 1937—38.

Era vorba de bolnavi cu P. G. în marea lor majoritate iar numai 12 bolnavi din aceştia sufereau de sifilis cerebral.

No. caz. P. G. şi sifilis cerebral trataţi cu malarioterapie + As_3

Recup. soc.	8	9%
Ameliorări	28	34%
Neameliorati	32	39%
Sucombaţi	14	17%

P. G. şi sifilis cerebral trataţi cu malarioterapie + As_5 (Solvarsin)

Recup. soc.	13	48%
Ameliorări	9	33%
Neameliorati	4	14%
Sucombaţi	1	3%

Trebue să spunem şi aici că din cei 14 bolnavi morţi în cursul tratamentului cu malarioterapie $+As_3$, 10 au sucombat în urma unui ictus iar restul de 4 în urma unor maladii intercurente (broncho-pneumonie, infecţie urinară, eryzipel).

Dacă socotim deci mortalitatea reală provocată de maladie însăşi (procesul luetic cerebral) el este de 0 la cei trataţi cu malarioterapie + Solvarsin şi de 12% la cei trataţi cu malarioterapie + arsenic trivalent.

Din compararea acestor date credem că putem conchide că arsenicul trivalent ca tratament postmalaric al P. G. nu duce decât la remisii incomplecte, deficitare iar numărul recuperărilor sociale este foarte mic (de cinci ori mai mic) decât acela obţinut prin tratament cu As_5.

Deasemenea numărul bolnavilor sucombaţi din cauza proceselor menig. encefalitice luetice (şi nu maladiile intercurente) este cu mult mai mare decât acela pe care îl constatăm la bolnavi trataţi cu malarie şi As_5 (Solvarsin).

Numărul bolnavilor neameliorati, adică neinfluenţati de tratament care îşi continuă evoluţia lor către demenţă şi moarte este mult mai mare la tratamentul malarioterapic + arsenic trivalent (de trei ori mai mare).

Se ştie că negativarea reacţiilor în sânge şi L. C. R. nu corespunde întotdeauna unei ameliorări clinice a fenomenelor psihice în sifilis nervos. Invers o ameliorare notabilă clinică — dispariţia simptomelor psichice — nu corespunde totdeauna unei ameliorări sau unei negativări a sindromului biologic lichidian şi sanguin. Totuşi am vrut să arătăm acţiunea Solvarsinului asupra acestor reacţii.

2) *Acţiunea Solvarsinului asupra reacţiunilor sanguine şi lichidiene*

Am efectuat aceste cercetări asupra reacţiunilor lichidiene şi sanguine numai la cei 7 bolnavi trataţi numai cu Solvarsin, deoarece la ceilalţi bolnavi acţiunea malarioterapiei a putut să schimbe reacţiile în bine.

Din cei 7 bolnavi ai noştri trataţi cu Solvarsin, la 6 reacţiile B-W şi Meinicke au fost pozitive într'un grad mai mult sau mai puţin accentuat, în sânge.

Dintre aceşti 6, la 4 am asistat la o negativare aproape complectă a seroreacţii lor B-W şi Meinicke în sânge (dela B-W = ++++ la B-W = + sau B-W = ++ şi dela Meiniche = +++ la ++).

Acţiunea asupra reacţiilor din L. C. R.

Boln.	Alb.		Pandy		N. Apelt		Limfoc.		Guillain		B. W.	
D'Gh.	0,54	0,30	++	+	++	++	10	1	22.222 22.222 20.000	01.200 12.221 00.000	+++	+++
Land.	0,64	0,35	++	++	+	−	0,9	0,4	12.320 222.200.000	00.200 12.220 0.000	++++	+++
Mupp.	0,30	0,20	++	+	++	+	18,4	3	22 222 22.222 00.000	01.2·0 22.221 00.000	++++	++++
Teleg.	0,35	0,20	+++	++	+++	++	13,2	2	12.220 22.221 00.000	00.120 12.221 00.000	++++	+++
Gheor.	0,40	0,20	+++	++	+++	+	25	4	22.222 22.222 00.000	01.220 22.220 00.000	+++	+++

Antisepticul chimioterapeutic

Rivanol

pentru antisepsia profundă și superficială a plăgilor; contra tuturor cocilor supurativi

In procese infecțioase și supurații localizate, injecțiuni circulare, irigațiuni și tamponări.

Prezentațiune: Substanță/Tablete/Pudră $2^1/_2{}^0/_0$Soluție $1^0/_0$

Admis și întrebuințat în serviciile Casei de Asigurări Sociale din România.

BAYER

LEVERKUSEN a. Rh.

»Bayer«

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru Romînia: „ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Tel: 3-92-86.

DIGIBAÏNE

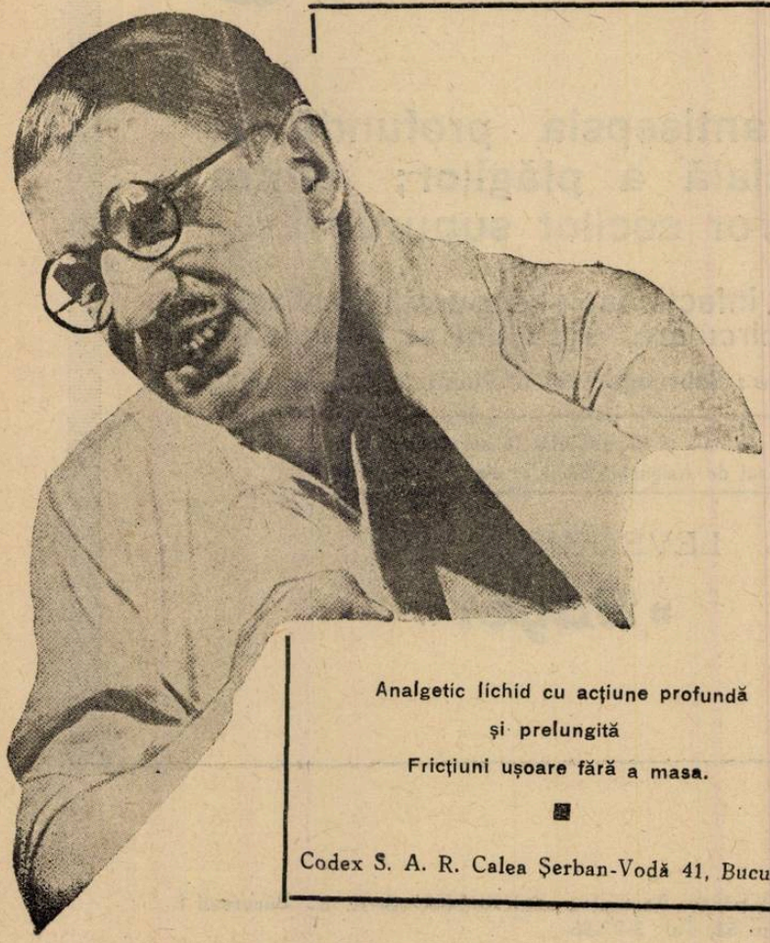
TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabainā sensibilizează miocardul la digitalină permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^1/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^2/_{10}$ mg. ouabainā crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti



Dolorsan

0,81% Iod Camfor, Ol. Rosmarin, Amoniac, Alcool.

Dureri nevralgice, inflamatorii, articulare, musculare.

Flacon mic şi mare.

Analgetic lichid cu acţiune profundă şi prelungită

Fricţiuni uşoare fără a masa.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Dolorsan

La cinci din cei 7 bolnavi trataţi numai cu Solvarsin am putut efectua o puncţie lombară de control după tratamentul cu Solvarsin.

După cum se vede din acest tablou cel mai constant influenţată a fost limfocitoza care a revenit la cifre reduse în toate cazurile. R. Pandy a fost şi ea influenţată în mod destul de constant. Tot astfel şi reacţia Nonne-Apelt.

Albumina a fost totdeauna scăzută.

Se ştie că limfocitoza şi albuminorachia traduc mai mult procesele inflamatorii meningeale.

R. Guillain, Laroche Lechelle a fost şi ea modificată în toate cazurile. Precipitarea în zona sifilitică, a fost modificată în sensul unei precipitări de tip sifilis cerebral atunci când la începutul tratamentului aveam de a face cu o curbă de precipitare de tip paralitic.

In cazurile când reacţia cu benzoe coloidal traduce un proces de sifilis cerebral, vedem că precipitarea dă o curbă fie normală, fie de tip mai atenuat.

Reacţia B .Wasserman nu a fost modificată decât în două cazuri. Acest lucru nu trebue să ne mire ştiut fiind dificultatea cu care reacţia B. W. nu se negativează în neuro-lues.

Dealtfel reacţia B. Wasserman traduce mai mult prezenţa unui proces luetic în L. C. R. decât evoluţia acestui proces.

Negativarea reacţiei B-W în lichidul cefalo-rachidian credem că se poate obţine numai după un tratament de mai mulţi ani cu arsenic pentavalent în cazuri de sifilis parenchimatos cel puţin.

3) *Acţiunea Solvarsinului asupra stării somatice şi mintale*

In stările de excitaţie psicho-motorii cu delir megalomaniac, asistăm sub influenţa tratamentului prin Solvarsin la dispariţia uneori a acestor sindroame. Acţiunea aceasta se manifestă şi atunci când malarioterapia nu a reuşit să facă să dispară aceste deliruri.

Un exemplu avem cu bolnavul Art. care vine pentru excitaţie psicho-motorie, delir megaloman, dizartrie amnezie de fixaţie. Lues în antecedente. La examenul somatic — reflexe foto-motorii abolite, lizartrie, tremurături. Suflu de aortită la bază.

La examenul psichic — ideaţia excitată. Idei megalomaniace — este general, rege, împărat, Dumnezeu. Distribue cu generozitate milioane. Ideile delirante sunt absurde, mobile, incoherente şi contradictorii.

B. W. pozitivă în L. C. R. ca şi celelalte analize.

B. W. pozitivă în sânge.

Este inoculat cu malarie T.B. După 12 accese febrile se întrerupe malaria cu chinină. Delirul megalo-maniac şi excitaţia psicho-motorie nu a cedat deloc ,este tot aşa de violentă, bolnavul ne dărueşte miliarde, ţări, continente, etc.

Se începe tratamentul cu Solvarsin. După 14 injecţii delirul dispare ca şi starea de excitaţie. Bolnavul recunoaşte şi 'şi aminteşte ideile sale delirante.

Un alt caz analog este acela al bolnavului Petre, care în cursul inoculărei face o stare de excitaţie cu delir megalo-maniac. După 11 accese febrile se întrerupe malaria dar delirul său şi starea de excitaţie cu acte de violenţă persistă. Se începe tratamentul cu Solvarsin şi după 11 injecţii, bolnavul devine liniştit, îi dispare progresiv ideile delirante, iar după 15 injecţii nu mai are deloc tulburări mintale delirante.

S'ar putea obiecta că acţiunea malariei în aceste 2 cazuri a fost mai tardivă. Nu credem obiecţiunea valabilă ştiut fiind că unele acţiuni megalo-maniace nu cedează la tratamentul îndelungat post malarie făcut în deobşte cu As_5.

Tot astfel în cazuri de P. G. forme depresive, am văzut dispărând ideile melancolice, starea depresivă, tendinţele la sinucidere, sub acţiunea Solvarsinului.

In ceiace priveşte dizartria ni s'a părut influenţată totdeauna de Solvarsin într'un grad mai mult sau mai puţin accentuat.

Tremurăturile au dispărut totdeauna sub influenţa primelor doze de Solvarsin.

Acţiunea asupra stării somatice a bolnavilor ne-a preocupat mult. Mai toţi bolnavii noştri au câştigat 4—5 kgr. lunar mai ales aceia care fuseseră slăbiţi de malario-therapie. Această creştere în greutate am constatat-o şi la bolnavi ameliorati şi la cei neameliorati.

4) *Accidente*

S'a insistat prea mult ni se pare asupra nevritei optice dată de arsenicul pentavalent. Ni se pare că frecvenţa apariţiei acestei nevrite optice ţine de:

1) toxicitatea preparatului de As_5
2) leziunile nervului optic
3) leziunile renale
4) cantitatea totală şi săptămânală de As_5 care se administrează bolnavului.

Procentul de nevrite optice produs de arsenic pentavalent este evaluat la 0,3% de Marchand şi de 1,73% de Bégné.

Noi n'am avut de înregistrat la nici unul din cei 34 de bolnavi ai noştri o nevrită optică şi nici cea mai mică alteraţiune a fundului de ochiu, deşi s'a făcut la fiecare bolnav 3-4 examene de fund de ochiu în cursul tratamentului.

Dealtminteri chiar în caz de leziuni ale fundului de ochi, Marchand afirmă că tratamentul prin As_5 nu este contra indicat, dar el trebue făcut cu prudenţă.

Noi am administrat o serie de Solvarsin la un bolnav cu P. G. şi cu leziuni de fund de ochiu (decolorarea papilară bilaterală) fără să vedem progresând deloc leziunile nervului optic. Am avut chiar impresia că acuitatea vizuală a bolnavului s'a mărit.

Riscul unei cecităţii care este aşa de redus nu poate conta faţă de gravitatea maladiei tratată.

5) *Icturi*

Ni se pare demn de semnalat în tratamentul cu As_5 raritatea extremă a icturilor la bolnavi cu P. G. şi sifilis cerebral.

Se cunoaşte frecvenţa şi gravitatea acestui accident în cursul evoluţiei neurosifilisului. Nu avem o statistică a frecvenţei icturilor la P. G. dar trebue să semnalăm că din 82 bolnavi trataţi cu malario-therapie şi arsenic trivalent, 10 au murit în urma unui ictus (14%). La cei 34 bolnavi trataţi cu Solvarsin nu am avut de înregistrat nici un singur ictus.

4 din bolnavii noştri au fost internaţi în clinica de psichiatrie, după o serie de icturi, la unul din ei se producea un ictus la fiecare 2-3 zile. Aceşti bolnavi au avut câteva icturi mai mult sau mai puţin grave în cursul malario-therapiei. La toţi aceştia tratamentul prin Solvarsin a dus la o oprire a proceselor de arterită luetică cerebrală, condiţia icturilor în P. G. şi lues cerebral.

In aceiaşi ordine de idei trebue să relevăm faptul că arsenicul trivalent pe lângă acţiunea sa congestivă care este uneori foarte accentuată, dă de seori neuroreacţii la nivelul vaselor cerebrale cu accentuarea proceselor de arterită inflamatorie şi cu hemoragii consecutive. Acesta ni se pare un mecanism de ictus prin hemoragie destul de frecvent în tratamentul cu arsenic trivalent al neuro luesului.

Deasemenea posibilitatea unei apoplexii seroase sau (encefalită seroasă Milian) destul de frecventă în neuro lues face ca tratamentul cu arsenic trivalent să fie evitat chiar atunci când el poate fi eficace (sifilis cerebral).

Concluziuni

Din expunerea rezultatelor obţinute prin Solvarsin în tratamentul neuroluesului credem că putem conchide:

1) Solvarsinul ca tratament unic produce modificări importante în L. C. R. şi sângele bolnavilor trataţi. Reacţia B-W şi Meinicke în sânge se negativează în general după o singură serie de Solvarsin. Modificările cele mai importante în L. C. R. sunt: scăderea numărului limfocitelor, în al doilea rând diminuarea albuminei, apoi atenuarea reacţiunilor Pandy, Nonne-Apelt, Guillain, Laroche, Lechelle. Reacţia B-W. în L. C. R. pare mai puţin modificată.

Din punct de vedere clinic am obţinut în urma acestui tratament recuperări sociale într'un număr apreciabil de cazuri.

2) Numărul recuperărilor sociale în urma tratamentului combinat malariotherapie şi Solvarsin este de cinci ori mai mare decât acela al recuperărilor sociale în urma tratamentului malariotherapic asociat cu arsenic trivalent.

3) Numărul bolnavilor neinfluenţaţi deloc de tratament în urma therapeuticei malariotherapie cu Solvarsin este aproape de 3 ori mai mic decât acela al bolnavilor trataţi cu malariotherapie şi arsenic trivalent.

In ceiace priveşte numărul bolnavilor ameliorati rezultatele sunt sensibil egale pentru cele două tratamente.

4) Considerăm că nevrita optică nu este o contra indicaţie absolută a tratamentului prin Solvarsin atâta vreme cât putem face un control regulat al fundului de ochiu. La nici unul din cei 34 bolnavi ai noştri nu am avut de înregistrat în cursul tratamentului prin Solvarsin fenomene de nevrită optică.

In cazurile de neurolues cu tendinţă de icturi, Solvarsinul este indicat ca tratament prealabil Malariotherapiei, deoarece malario-therapia accentuiază, prin fenomenele congestive ce determină, tendinţa de hemoragii cerebrale.

5) Solvarsinul face ca icturile atât de frecvente în tabloul neuroluesului să fie extrem de rare. Din contra, arsenicul trivalent dă un număr apreciabil de astfel de accidente.

Incidentele chimiotherapiei sulfamidate şi mijloacele necesare pentru a le remedia

de Dr. ŞERBAN PAPADOPOL
Intern al Eforiei Spitalelor Civile

Memorabila descoperire a lui Domagh şi a colaboratorilor săi Mitsch şi Klarer privind uimitotrea activitate preventivă şi curativă a corpilor azoici sulfamidaţi, în streptocociile experimentale şi umane a dus la rezultate atât de importante din punct de vedere teoretic cât şi practic, încât actualmente sunt capabile de a determina vindecarea unui număr foarte considerabil de procese infecţioase provocate de microbii cei mai diverşi sau chiar de ultravirusuri (Mal. lui Nicolas Favre).

Desigur dacă sulfamidele au influenţă atât de favorabilă în cursul acestor infecţiuni, totuş ele declanşează uneori accidente foarte grave şi deşi rare, consider util ca să rezum în câteva cuvinte incidentele sulfamidoterapiei, mecanismul lor de producere cum şi tratamentul acesor accidente.

Toleranţa corpilor sulfamidaţi atât pentru om cât şi pentru animale, este variabilă şi documentele puse la dispoziţie de cercetători nu sunt totdeauna unanime în concluzii. Sulfamidele au fost încercate mai ales la şoarece; o doză de 50—60 mlgr. din acest produs pe 20 gr. de animal pare doza maximă, iar pentru oameni Pernin, Lony şi Bliss au putut să administreze acest produs timp de o lună la o doză zilnică de un gram pe 9 kilocorp. Noi posedăm actualmente metode precise permiţând detecţia cantităţilor ca să spunem infinitezimale a derivaţilor sulfamidaţi în organism şi umori. Aceste metode bazate pe diazotizarea grupurilor NH_2 sunt datorite lui Marschbal, Kühnau, Wernes Mayer şi au permis să arate eliminarea, acumularea în organism cum şi mecanismul de resorbţie. Felke a arătat că serul sanghin după o oră dela administrarea ulironului conţine dela 1,2—6 mlgr. de derivat sulfamidat. Această cantitate s'ar mări progresiv până la a şaptea zi. Eliminarea din organism s'ar face în proporţie de 80% ceiace însemnează că se acumulează o cantitate oarecare în organism.

Chimic sulfamidele sunt derivaţi ai anilinei prin fixarea unei funcţiuni sufamdice în poziţia «para» dând paramino benzensulfamida. Administrarea lor în organism poate să producă accidente datorite fie nucleului benzenic fie sulfului. In organism sulfamidele se oxidează şi dau hidroxilamina corespondentă având două posibilităţi: a) sau sunt sulfuri alcaline în sânge şi atunci fixarea hidrogenului sulfurat din aceste sulfuri de hemoglobină se face cu formarea de sulf hemoglobină; b) sau nu sunt sulfuri alcaline şi hidroxilamina se reduce oxidând hemoglobina transformând fierul bivalent din sânge în fier trivalent, rezultând methemoglobina.

Prezenţa sulfhemoglobinemiei şi methemoglobinemiei cum şi acţiunea nucleului benzenic determină în organism o serie de fenomene sau incidente pe cari diverşi autori le împart privind aspectul clinic, alţii împărţindule după patogenia lor.

Pautrier şi Laugier împart incidentele sulfamido-therapiei în incidente imediate şi mai puţin imediate.

I. *Incidente cu manifestări imediate*:

1. *Cianoza* este desigur incidentul care impresionează cel mai mult bolnavul şi medicul. Ea apare în primele zile ale tratamentului şi poate fi mai mult sau mai puţin pronunţată urmând susceptibilitatea indivizilor. Localizată în cele mai multe cazuri la buze, la extremităţi sau la organele genitale, ea poate în rari cazuri să fie generalizată.

Cianoza este datorită, cum a arătat recent, Fernet, Duret, methemoglobinemiei ce se pune în evidenţă prin dozarea imediată în sângele cianozaţilor, Pentru Milian methemoglobina şi sulfhemoglobina nu ar fi decât efectul iar nu cauza, pentrucă acestea există în sângele cardiacilor când au buzele violacee, în lupus pernio, acrocianoză, pe faţa externă a gambelor în adipozitatea cianotică a tinerelor fete. Nu ar fi decât o paralizie a vasomotorilor, capilarelor nervoase sau insuficienţa cardiacă cu stază care provoacă methemoglobina. Apariţia cianozei nu ar indica decât o meiopragie simpatică, endocriniană sau nervoasă. Uneori cianoza este în legătură şi cu medicamentul întrebuinţat sau cu dozele întrebuinţate, trebue ţinut în seamă şi de rolul hidrogenului sulfurat al fermentaţiilor intestinale care ar mări sulfhemoglobinemia.

Este greu de a se pronunţa care este etiologia cianozei. Se pare că într'un prim timp derivatul organo-sulfurat joacă un rol de catalizor prin simpla sa prezenţă şi jenează hematoza fără constituirea de corpi stabili. Dacă tratamentul este continuat sau dacă există afinităţi chimice mai mari se ajunge în al doilea timp când se formează corpi stabili, methemoglobina şi sulfhemoglobina.

2. Alte inciente le constitue *tuburările digestive* cari sunt desigur incidentele cel mai des întâlnite. Ele se manifestă prin diferite aspecte, fie simple arsuri esofagiene, fie dureri gastrice, mai rar dureri intestinale cu scaune diareice. Deseori bolnavii se plâng de anorexie, greaţă sau chiar de vărsături. Toate aceste turburări survin în general la începutul tratamentului atunci când bolnavii absorb o

doză relativ ridicată de medicament, fie, cum se întâmplă la unii bolnavi, când varsă la cea mai mică doză asistând la o veritabilă intoleranţă.

3. Se mai poate întâni *astenie, ameţeli* şi *cefalee,* aceasta din urmă putând fi datorită unei congestii a vaselor cerebrale pentrucă ar fi vindecată prin adrenalină (Millian).

4. *Exanteme scarlatiniforme* sau mai adesea morbiliforme, ce apar în general la sfârşitul curei. Millian le asimilează eritemelor de a noua zi. Alţi autori cred că ar fi accidente de fotosensibilizare (Jausion) Aceste erupţiuni sunt în general de mică importanţă şi fugace. Mai rar se întâlnesc purpura infecţioasă, urticarie sau oedemul lui Quinke.

5. S'au citat cazuri de *icter* şi *subicter,* care sunt de o intensitate foarte mică şi încetează odată cu suspendarea tratamentului.

6. *Turburările renale* sunt în general foarte rare şi de intensitate mică. Totuş Bauchard crede că sulfamidele în doză puternică ar fi cauza cilindrilor în urină. El a găsit o ridicare a constantei lui Ambard şi a albuminuriei. Philipart citează un caz de nefrită cu cilindrurie, complect vindecată după 5 zile dela încetarea tratamentului. Ceiace se observă la un mare număr de bolnavi în cursul sulfamidotherapiei este turburarea urinelor datorite precipitării abundente a fosfaţilor.

7. In foarte rari cazuri s'a citat insomnia; hemoptizia la un tuberculos fibros (Girard); epistaxis şi sincopă, (Favre) la un bolnav căruia i s'a injectat sulfamide pe cale intravenoasă.

8. Lepinay aduce un caz de *acces eclamptic;* era vorba de un bolnav căruia luase 4 grame de sulfamidă timp de 2 zile când brusc i-a apărut o durere cervicală cu cefalee intensă, crampe foarte dureroase în membre cu pierderea cunoştinţei, care a durat 24 ore. Bolnavul era în cocoş de puşcă acuzând fotofobie intensă, cu uşor Kernyg, pupilele în miosis; puncţia lombară a arătat un lichid absolut normal. Această stare a durat două zile, după 8 zile dela încetarea tratamentului bolnavul s'a vindecat.

Gilbert Doukan aduce observaţia unui bolnav de 55 ani ce luase 2 grame de sulfamidă în 24 ore pentru o reşută de blenoragie. După 6 comprimate are dureri gastrice în formă de pumnal, dureri musculare atroce în membre, după care îşi pierde cunoştinţa. Este adus la spital în comă cu respiraţia stertoroasă. I se face imediat o sângerare de 400 grame şi după 5 zile totul reintră în normal.

9. Uneori sulfamidele provoacă o *congestie generalizată* în organism după cum se vede în cazul relatat de Rathery la Soc. Med. Hopitaux Paris. Era vorba de o tânără femee cu o sinuzită, pentru care i se fac două injecţii intravenoase cu soluseptazin ce aduc o ameliorare bolnavei. Producându-se o reşută după 10 zile, i se face din nou soluseptazin când deodată apar dureri abdominale violente, hematurie urmată de anurie, pete purpurice şi în 3 zile bolnava moare. La autopsie se găsesc în ambele trompe veritabile infarctusuri hemoragice şi în celelalte viscere o purpură generalizată.

10. Generick aduce un caz de hemoragie intestinală ce s'a vindecat după trei zile dela încetarea tratamentului.

II. *Incidente cu manifestări tardive.*

1. *Turburări sanghine,* se pot observa în sulfamidotherapie constând în modificări asupra elementelor figurate (număr, echilibru leucocitar) fie asupra substratului, turburări de coagulaţie. Frecvent se întâlnesc anemii uşoare tranzitorii mai ales cu dozele de produs depăşind 3 grame. Mai rar s'au semnalat anemii mai pronunţate; Harvey, Janeway, Kohn au descris câteva cazuri de anemie hemolitică. Pentru leucocite chestiunea este mult mai complexă, în general sulfamidele determinând o leocopenie. Pautrier crede că ar fi hiperleucocitoza cea mai frecventă. Cea mai redutabilă complicaţie este desigur agranulocitoza. Unii autori se îndoesc că sulfamidele ar fi cauza (Tant) ele deşteptând numai un proces latent. Deasemenea Tant constată o diminuare a hemoglobinei cu o uşoară micşorare a polinuclearelor neutrofile, o mărire a eosinofilelor mergând până la 8% şi monocitoză.

2. Jaubert, Motz, Barbeillion şi alţi autori au pretins că sulfamidele ar avea o *acţiune inhibitorie asupra spermatogenezei.* Levaditi, Pautrier în cercetările lor experimentale conclud că animalele supuse la un regim medicamentos masiv sunt fecunde. Cazurile de asoospermie totală fiind excepţionale. Deci se poate conclude că sulfamidele nu produc nici o modificare durabilă a numărului cât şi a mobilităţii spermatozoizilor.

3. S'au citat cazuri de *nevrită optică.* Schachter, Schreis, Hüllstrung, citează cazuri de *polinevrită sulfamidică.*

Lilienthal relatează un caz de paraplegie de tip mielită transversă.

Levaditi în cercetările experimentale asupra maimuţelor nu a observat nicio paralizie conchizând că sulfamidele nu ar avea niciun rol în mecanismul patogenic al paraliziilor citate mai sus, ci poate ar interveni mai degrabă alţi factori (carenţa de vitamină B).

Millian divide accidentele sulfamido-therapiei, având în vedere procesul patogenci şi asemănându-le cu cele întâlnite în arseno-therapie. El distinge accidente toxice, accidente biotropice directe şi indirecte.

Accidentele toxice sunt datorite corpului chimic şi intoleranţei organismului şi se împart în locale şi generale. Cele locale sunt traduse prin greaţă, arsuri epigastrice, vărsături şi sunt produse de contactul substanţei medicamentoase cu mucoasa gastrică. Printre accidentele generale toxice enumără: cefaleea, cianoza, hemoragia intestinală, accesele eclamptice, turburările de spermatogeneză, nevrita optică şi polinevrita.

Accidentele biotropice cele mai frecvente sunt cele indirecte şi se traduc prin erupţii medicamentoase, purpure infecţioase cu urticarii. Deasemeni agranulocitoza este considerată ca un accident biotropic. Se predispune prin acţiunea alterantă a nucleului benzenic din corpul organo-sulfurat, măduva osoasă, care astfel devine mai receptivă la agenţii infecţioşi obişnuit fiind întâlnit streptococul.

Tratamentul accidentelor sulfamido-therapiei se face desigur în raport cu organul în suferinţă.

In general spre a se combate starea de acidoză determinată de creşterea sulfhemoglobinei şi methemoglobinei în sânge, se asociază la administrarea sulfamidelor *corective alcaline* ca: bicarbonat de sodiu (0,50 —1 gr.) sau Vichy. In arsuri gastrice se preconizează alegerea altei căi de administrare a medicamentului decât cea orală sau să fie divizată în doze fracţionate mici. Se adaugă acid ascorbic, extracte hepatice, protoxalat de fier. Lepinay n'a obţinut nici un rezultat asociind corpului 693 vitamina C, însă el obţine o atenuare manifestă a greţurilor cu extracte hepatice sau adrenalină. Charpy şi Bizot asociază obişnuit sulfamidelor ephedrină (câte 1 ctgr. de 2 ori pe zi) alternând obişnuit cu comprimatul de sulfamidă. Ei cred chiar că ar favoriza acţiunea sulfamidelor adăugarea de ephedrină.

In timpul unui tratament cu sulfamide mai îndelungat este de recomandat a se face controale hematologice şi renale. Nu vom insista asupra turburărilor hepatice, renale şi sanghine.

In concluzie sulfamidele fiind elemente foarte active nu trebue să fie administrate decât sub control medical. Desigur dozele mijlocii pot să fie luate fără primejdie pentru marea majoritate a bolnavilor. Totuşi precauţiuni speciale trebuesc luate la hepatici, renali, cardiaci, intoxicaţi cronici şi la toţi bătrânii în general. Eliminarea făcându-se într'o proporţie de 80% rezultă că înainte de a se evita o acumulare a produsului în or-

ganism care ar putea duce rapid la doza toxică, este necesar de a examina funcţiunea renală fiecare dată, când ar exista o îndoială în privinţa integrităţii funcţionale renale. *Este contra indicat de a se administra în timpul* sulfamido-therapiei *sulfat de sodiu sau sulfat de magneziu*, determinându-se o creştere mare a sulfhemoglobinemiei. In caz de constipaţie este de recomandat ca laxativ oleul de parafină. Deasemeni trebue evitat în timpul sulfamido-therapiei, pe cât e posibil medicaţii asociate (tratament mercurial sau iodurat, arsenotherapie, auro-therapie).

Tratamentul arsurilor cu pulvere de Tanin

de Dr. AURELIAN POPESCU şi VLAD VASILIU
Medic secundar ai Spitalelor Eforiei — Intern

Tratamentul arsurilor a format până în prezent obiectul a numeroase cercetări. La congresul francez de chirurgie din 1937, a fost studiată în mod amănunţit fiziopatologia arsurilor de către P. Duval, iar tratamentul de către E. Mourgue-Molines. S'a precizat că arsurile produc o intoxicaţie generală, prin substanţe desvoltate în ţesuturile arse, albumine tisulare, polipeptide, cari sunt foarte toxice, se rezorb în organism mai ales pe cale venoasă, produc leziuni multiple în majoritatea vişcerelor, acţionează asupra ţesuturilor homoloage alterându-le. Este mai întâiu o fază de intoxicaţie generală, care începe la câteva ore după producerea arsurei, şi durează 4—6 zile, după care intervine şi infecţiunea. Cu cât arsura este mai întinsă, cu atât rezorbţiile toxice sunt mai masive, producând siderarea funcţiunilor organelor, în special a ficatului, rinichiului, cordului, astfel încât o arsură întinsă peste 1/3 din suprafaţa corpului este totdeauna mortală. Un tratament eficace al arsurilor trebue să cuprindă un tratament general şi local. Prin tratamentul general se luptă contra intoxicaţiei organismului, se ajută eliminarea toxinelor- se susţine starea generală, până la trecerea fazei crixice. Contra toxemiei, se hidratează cât mai mult organismul dând câte 4—5 litri lichid pe zi; se reclorurează organismul, clorurul de sodiu fiind fixat de ţesuturile în descompunere; se fac transfuzii repetate, se evită răcirea corpului prin încălzire artificială, cameră încălzită; contra durerei injecţiuni calmante, contra colapsului se dă tonicardiace, efedrină, adrenalină, se adaogă insulină, ser glucozat. Dacă tratamentul general este de mare importanţă, tot aşa de important este tratamentul local. El trebue să obţină: împiedicarea cât mai complectă a rezorbţiunilor toxice, să înlăture producerea infecţiunei, să suprime durerea şi să favorizeze o cicatrizare cât mai rapidă.

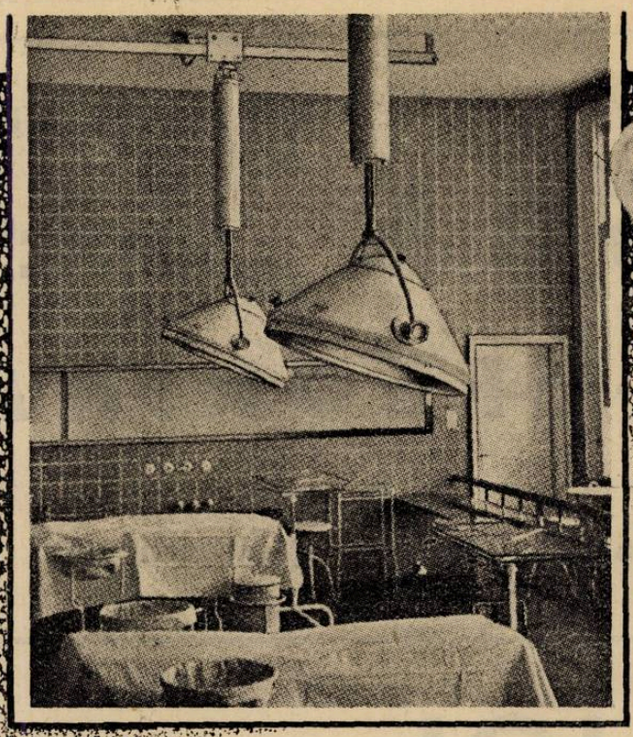
Tratamentul clasic cu pansamente grase, liniment oleocalcar, oleu gomenolat, pomezi, micşorează durerea, dar nu împiedică rezorbţia toxică. Asemenea ambrina are acelaş defect. Acidul picric dă uneori accidente toxemice. S'a căutat să se obţină împiedicarea rezorbţiei toxice prin expunere la aer, în cameră încălzită, expunere la lumină sub un corp electric, întrebuinţată mai ales în Rusia. Jean Gautier, Topa, întrebuinţează raze infraroşii 1—2 şedinţe pe zi obţinând crustă după 3—4 şedinţe ajutând în acelaş timp şi la cicatrizare. Cea mai bună metodă care a dat rezultate până în prezent, este tanajul, preconizat de Davidson în 1925, adică aplicarea pe leziunile produse de arsură, a unei soluţii de tanin care provoacă facerea unei cruste, împiedicând rezorbţia toxică, suprimă durerea, plaga evoluează aseptic, iar cicatrizarea se face rapid. Aplicarea tanajului, aşa cum s'a preconizat, este o operaţie lungă, cere îngrijire continuă până la obţinerea crustei protectoare. Technica constă în a aplica pe arsuri comprese de soluţie 2,5% tanin preparată extemporaneu, după o prealabilă curăţire chirurgicală a plăgilor, îndepărtarea flictenelor, chiar sub anestezie generală la nevoie. Compresele se umectează la câte 2 ore şi de câteva ori noaptea. Se reînoeşte pansamentul a doua zi, se încetează pansamentul cu acid tanic când suprafaţa e colorată brun. Beck şi Powers au preconizat pulverizarea cu acid tanic 5%, Donald Wells băile complecte tanice, dar trebue 60—70 de ore până la obţinerea crustei necesare. Trecerea unui timp lung până la obţinerea crustei, favorizează rezorbţia toxică şi producerea infecţiei, deaceia s'a căutat să se obţină formarea crustei într'un timp mai scurt. Davidson însuşi a încercat pomezi cu tanin, fără rezultat mai bun. Sabrazes şi Cartron cu un glicerolat de tanin obţin cruste în 24 ore; Bettman badijonează cu soluţie tanin 5% apoi cu nitrat de argint 10%, obţinând o crustă mai rapidă; Aldric întrebuinţează pulverizaţii la 2 ore de violet genţiana 1%; acesta e un desinfectant însă coagulează lent.

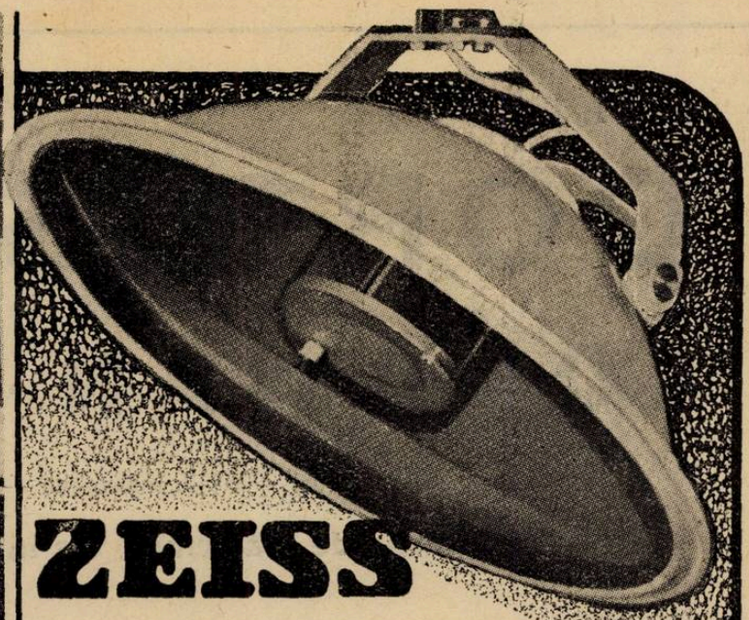
P. Joly şi A. Vadder, au observat că rezultatele terapeutice sunt cu atât mai repede atinse cu cât soluţia de tanin întrebuinţată e mai concentrată şi chiar pentru concentraţiile mari nu se observă nici un accident şi nici un viciu de cicatrizare. Autorii au încercat atunci pudrarea suprafeţelor arse, după prealabilă curăţire şi uscare, chiar cu pulvere de tanin, obţinând rezultate remarcabile. Seriozitatea care ese depe suprafeţele arse, dizolvând pulverea de tanin, formează rapid o crustă protectoare, sub care cicatrizarea se face normal. Prin însămânţări făcute în laborator, autorii au constatat că taninul oficinal brut este steril, însămânţările rămânând negative şi posedă chiar putere bactericidă, astfel încât nu e nevoe de sterilizarea prealabilă a pulverei de tanin.

Am încercat acest procedeu în spitalul Boldescu Ploeşti, până în prezent numai pe 4 cazuri, dar rezultatele fiind atât de concludente, merită a fi relevate. Am controlat întâiu la laboratorul spitalului, control făcut de d. dr. Dogaru, pentru a ne convinge de puterea bactericidă a taninului făcând însămânţări din pulverea de tanin aşa cum se găseşte în borcanul din farmacie; însămânţările au rămas sterile, atât pe mediile pentru aerobi, cât şi pentru anaerobi.

Technica tratamentului a fost următoarea: Desinfectarea regiunilor arse cu panstertină, spargerea flictenelor, ridicarea epidermului şi ţesutului mortificat. Se poate spăla cu ser fiziologic sau cu eter dacă s'a aplicat anterior vreun pansament gras. La nevoie se face această manoperă sub anestezie generală. Se usucă suprafeţele sângerânde cu tampoane sterile, apoi se pudrează cu pulvere de tanin. Pentru aceasta este practic, după cum recomandă Joly şi Vadder, să se pună pulverea de tanin într'o compresă mare sterilă, se apucă de cele patru colţuri ale compresei, apoi săculeţul astfel format se agită peste plagă, taninul eşind în pulvere fină prin ochiurile tifonului, acoperind în mod uniform plaga. Se pune apoi un pansament uscat, crusta se obţine rapid. La al doilea pansament făcut după 8—15 zile se constată cicatrizarea leziunilor în arsurile de gradul II.

Observaţia 1. Bolnavul I. I., 11 ani — internat la 28 Martie a. c. pentru arsuri gradul I. şi II pe faţă, faţa dorsală a mâinei drepte, 1/3 inferioară şi posterioară a antebraţului drept, feţele anterioare şi laterale ale ambilor genunchi până în 1/3 medie a gambelor, cu numeroase flictene în aceste regiuni, febra 39°. Se aplică metoda de mai sus pudrând pulvere de tanin peste suprafeţele arse. Temperatura scade după 3 zile la 37°. După 9 zile se controlează pansamentul, se găsesc cruste negricioase încă aderente. Eritemul a dispărut, nici o urmă de supuraţie. La 2 săptămâni (11





ZEISS
PANTOPHOS

lampa de operaţie fără umbră, fără căldură şi fără reflexe, cu oglindă de sticlă sau de metal. Pe lângă becul principal există şi o sursă luminoasă de siguranţă. Cu suspensie fixă cu sau fără tiraj şi cu şină pentru deplasări laterale. Prospecte gratuite dela reprezentanţa g-rală **Soc. An. de Agentură-Comision-Import,** fost **Otto & Alfred Herzog**

Bucureşti I B-dul Carol I, 48

CARL ZEISS JENA

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. — **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel — Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum — Angină strepto-difterică — Pleurezie purulentă.

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloză — Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 — 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 — 12 ani:	3 — 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 — 5 ani:	1 — 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ — 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături — Fiole injectabile — Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

HERBACHOL „Sapic"

CEAIU

Asociaţie de plante medicinale cu acţiune coleretică, cholagogă, antiflogistică şi calmantă

Indicat: în

Cholecistopatii subacute şi cronice, Cholelitiază

In Hiperaciditate

Gastrită hiperacidă

Ulcer stomacal şi duodenal

ANTACID „Sapic"

ANTACID cu Belladonna

Alcalinoterapie combinată (alcaline uşor şi greu solubile, pentru a întreţine aciditatea fiziologică în stomac).

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Departamentul ştiinţific

«SAPIC»

Bucureşti VI, Str. Cazărmei No. 89

Aprilie) se ridică pansamentul şi se constată că tegumentele sunt complect refăcute având o cicatrice suplă.

Obs. II. Bolnavul F. P. 38 ani, internat la 25 Aprilie a. c. pentru arsuri gr. II pe faţa dorsală a întregului picior stâng. Cu 10 zile înainte s'a opărit cu apă fiartă; de atunci s'a pansat zilnic cu diferite pomezi şi liniment oleocalcar. La internare prezenta o plagă superficială ce se întinde pe toată faţa dorsală a piciorului stâng şi acoperită cu secreţie purulentă fetidă. Se face desinfectarea regiunei, apoi tanaj cu pulvere tanină. După 4 zile se inspectează pansamentul; se constată o crustă groasă în mijlocul leziunei, pe margini început de cicatrizare, supuraţia şi mirosul fetid au dispărut. Se pulverizează încă odată cu tanin, iar la 11 zile se ridică pansamentul, plaga fiind complect cicatrizată.

Obs. III. Bolnavul S. R. 28 ani, tratat la consultaţii. Vine la 21 Maiu 1949 cu arsuri gr. I şi II, cu numeroase flictene pe faţa dorsală a mânei drepte, jumătatea inferioară a antebraţului drept, pe feţele anterioare externă şi posterioară. Se aplică metoda descrisă prin tanaj cu pulvere tanin. După 5 zile se inspectează pansamentul. Se observă crustă neagră aderentă, pe alocuri epidermul refăcut, nici-o urmă de supuraţie. Se ridică pansamentul la 31 Maiu.

Obs. IV. Bolnavul C. S. 21 ani, tratat la consultaţii. Vine la 13 Aprilie 1940 cu arsuri gr. I şi II pe faţă, gât, urechi, faţa dorsală a ambelor mâini, faţa posterioară a gambei şi coapsei stângi, cu numeroase flictene mari în aceste regiuni. Se aplică tanajul descris. Se controlează pansamentul după 4 zile; pansamentul e aderent la crustă şi nu se ridică; nu se observă nici o supuraţie. A 8-a zi se scoate pansamentul dela faţă şi se constată o epidermizare complectă afară de urechi. Se mai complectează tanajul şi în celelalte regiuni, pansamentul deplasându-se din cauza mişcărilor. După 2 săptămâni, leziunile au fost cicatrizate.

Din aceste observaţiuni, constatăm:

Tratamentul arsurilor de gr. I şi II cu tanaj prin pulvere de tanin, a dat un rezultat surprinzător. Intr'adevăr, această metodă are numeroase avantagii:

1. Formarea crustei se obţine mai rapid decât cu orice altă metodă, împiedicând astfel dela început rezorbţiile toxice.

2. Inlătură producerea infecţiei. In nici un caz n'am observat nici o urmă de infecţiune. Ceva mai mult, în cazul II, unde plaga era infectată, infecţia şi mirosul urât au cedat, cicatrizarea făcându-se normal.

3. Favorizează o cicatrizare rapidă. Sub crusta groasă obţinută, ferite de infecţiune, tegumentele se regenerează rapid. Cicatricea obţinută este suplă, de bună calitate.

4. Inlătură durerea. Este adevărat că în momentul pudrării cu tanin, bolnavul are o senzaţie de usturime care însă dispare încetul cu încetul. Bolnavii nu mai sunt supuşi la chinuri atroce cu schimbarea pansamentelor, prin această metodă unul sau două pansamente fiind suficiente în arsurile de gradul II. Schimbarea pansamentului nu se face decât cel mult pentru control şi atunci ridicând numai compresele neaderente şi complectând tanajul în unele părţi unde nu s'a putut pudra suficient la primul pansament.

5. Avem economie de material şi de timp, pansamentele făcându-se rar, iar rufăria nu se murdăreşte ca în metoda pulverizaţiilor cu soluţie de tanin. Avem economie de timp, nemai fiind obligaţi a repeta pulverizaţiile până la obţinerea crustei.

6. Este uşor de aplicat.

Pentru aceste multiple avantagii, recomandăm această modificare a metodei tanajului în tratamentul arsurilor.

REVISTA CARŢILOR

Dr. Salvator Cupcea: Constituţie morfologică şi etate. 1 vol. 40 pag., cu grafice şi tabele. Cluj, 1939. Tipografia «Cartea Românească».

Problema constituţiei este pe primul plan al actualităţii medicale. Noţiunea de teren, eclipsată timp de aproape o jumătate de veac de succesele bacteriologiei, a fost reînoită în ultimii ani, impunându-se progresiv în diferitele discipline medicale. Importanţa patogenică a temperamentului sau a diatezei, este astăzi îndeobşte recunoscută.

Din întregul complex constituţional aspectul morfologic este cel mai accesibil explorării şi totdeodată cel mai stabil. De aceea, în cercetările constituţionaliste, tipul morfologic alcătueşte un fel de bază de raportare a tuturor celorlate aspecte funcţionale şi a tuturor reacţiunilor patologice.

D-rul *Salvator Cupcea* studiază, într'o interesantă lucrare, raportul dintre constituţie morfologică şi etate, utilizând indicele Wertheimer Hesketh, bazat pe principiul antropometric al lui Viola. Materialul autorului cuprinde 587 indivizi de sex masculin, între 14 şi 64 ani. Rezultatele obţinute arată că indicele morfologic W — H are valorile cele mai mari (tendinţă microsplanchnică) în epoca puberală, tinzând, cu cât înaintăm în vârstă, spre valori mai mici (tendinţă normomogalosplanchnică).

Factorii care ar putea explica modificările valorii indicelui morfologic în raport cu vârsta, se reduc la două categorii: factorul evolutiv propriu zis (de creştere) şi factorul de selecţie (de eliminare a constituţiilor cu rezistenţă vitală inferioară). Inainte de încheierea perioadei de creştere, pot avea loc modificări morfologice reale, individuale, prin modificarea dimensunilor componente ale indicelui. Insă după închierea epocii de creştere, factorul de selecţie are o importanţă mai mare în modificările mediei indicelui.

Din toate aceste date, rezultă o concluzie practică de o deosebită importanţă: orice studiu constituţional, indiferent de aspectul biotipologic considerat, trebue să ţină seama totdeauna de factorul vârstă. Nu se pot face comparaţii în ceeace priveşte aspectele normale sau patologice constituţionale, decât respectând perfect omogenitatea de vârstă. Multe dintre diferenţele atribuite constituţiei s'au dovedit a fi, în parte, diferenţe datorite etăţii.

Ceeace alcătueşte originalitatea studiului D-rului *Cupcea*, este tocmai argumentaţia în favoarea factorului de selecţie, bazată pe patologia somatopsihică constituţională şi cuprinzând elemente de critică foarte serioasă a tipologiei Kretschmeriene. Este deci vorba de o interpretare a tipologiei prin epoci evolutive.

O bogată bibliografie este anexată lucrării.

Dr. A. DOSIOS

La circulation de retour, par A. Jouve et J. Vague. Préface du Professeur Laubry. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 180 pagini $ 0.70.

Adevărat rol al venelor atât în fiziologie cât şi în patologie a fost multă vreme necunoscut.

D-nii Jouve şi Vague erau deosebit de calificaţi, prin lucrările lor de cardiologie, să alcătuiască această monografie asupra circulaţiunei de întoarcere. Cititorul va găsi în această lucrare amănuntul minuţios al bazelor sale anatomice şi fiziologice, va vedea că acest capitol special care fixează, stabileşte şi descrie explicaţiunile acestei autonomii venoase, constitue el însuşi un domeniu suficient pentru a reţine atenţiunea înainte de a aborda relaţiunile cu ansamblul, pentru a justifica străduinţa de a explora, de a stabili ierarhia regiunilor sale constitutive, a face să iasă în evidenţă punctele vitale şi dominatoare cum sunt viscerele cavităţei abdominale, în special ficatul şi splina. Işi va putea da astfel seama de importanţa răsunetului sindromelor patologice atât de manifeste ca acelea ale hipertoniei venoase

Un hemostatic excelent în oto-rino-laringologie: Manetolul „Bayer"

de Medic Căpitan VINTILĂ GEORGESCU

Spitalul Militar «Regina Elisabeta» Bucureşti

Elementul cel mai temut în majoritatea operaţiunilor oto-rhino-laringologice este fără îndoială: hemoragia.

Greutatea de a o stăpâni şi gravitatea urmărilor ei sunt de necontestat. In cazurile când nu poate fi oprită, ea întârzie sau compromite total intervenţiunea şi odată cu aceasta, viaţa bolnavului. Când apare la un timp oarecare după intervenţiune, pune în joc viaţa bolnavului, mai ales când acesta nefiind spitalizat nu se poate bucura de asistenţa imediată sau cât mai grabnică a medicului. Bolnavul însuşi consideră hemoragia ca pe un simptom grav, şi pe drept cuvânt. De câte ori în practica specialităţii noastre nu suntem solicitaţi în mijlocul nopţii, de către bolnavul operat, alarmat de o hemoragie de mică intensitate. Ne amintim fiecare tabloul dramatic pe care ni-l oferă bolnavul şi familia lui, când suntem chemaţi a tratat un epistaxis mai important. Bolnavul speriat de cantitatea de sânge pe care o pierde, agitat, ne creeiază destule dificultăţi până să putem obţine a instala un tamponament anterior sau posterior al foselor nazale, atât de banal ca tehnică.

Operaţiunile oto-rhino-laringologice, prin tehnica operatorie necesară şi regiunile abordate, sunt departe de a fi lipsite de riscul hemoragiei. Acest risc este considerabil mărit prin faptul că metodele obişnuite prin ligaturi, tamponamente sau administrarea de substanţe cu acţiune vasculară, sau sunt inaplicabile, sau aplicarea lor este de multe ori anevoioasă şi alte ori supusă riscului infecţiunei.

Temperamentul individual al bolnavului, reflexele vii de la nivelul regiunei operate sau al regiunilor vecine, fac deseori inaplicabile metodele de mai sus.

Destul de des observăm un bolnav amigdalectomizat sub influenţa stării particulare datorite anesteziceler şi în special a cocainei şi a reflexelor parţial abolite, asvârlind tampoanele cari comprimă loja amigdaliană şi obligându-ne să asistăm ca şi desarmaţi la reproducerea hemoragiei.

Cât de mare este procentul de bolnavi, cari pot păstra un timp util pensa hemostatică pusă pe artera amigdaliană. Cât timp se pierde în mod inutil în timpul intervenţiunilor pe fosele nazale sau sinusuri cu tamponamentul cavităţilor inundate aproape continuu de sânge, care ne împiedecă vizibilitatea şi prelungeşte actul operator.

Nu mai vorbim de aspectul cunoscut al hemoragiei din ablaţia fibroamelor naso-faringiene.

După intervenţiuni pe fosele nazale, reproducerea hemoragiei la detamponare şi necesitatea reinstalării tamponamentului, duce adesea la isbucnirea unei otite. Este îndeajuns de cunoscută frecvenţa otitelor consecutive tamponării prelungite a cavumului după ablaţia polipilor naso-faringieni, sau după tampoamentele posterioare ale foselor nasale în epistaxisuri. Exemplele de mai sus se pot multiplica.

Reiese în mod neîndoelnic, că prima grijă a operatorului oto-laringolog înaintea unei intervenţiuni, trebue să se îndrepte asupra hemoragiei posibile în timpul operaţiei şi post-operator şi el este obligat să caute dacă este posibil a o preveni şi a-i micşora intensitatea.

Spre a preîntâmpina neplăcerile expuse mai sus, am căutat a experimenta diversele produse găsite actualmente în comerţ, cu influenţă asupra prevenitei sau oprirei hemoragiei. După o experienţă bazată pe 47 de cazuri, tratate cu preparatul care mi-a părut mai eficace, am ajuns la concluzia, că singurul perparat care merită toată atenţia noastră prin rezultatele obţinute este *Maneto*-ul.

Maneto-ul «Bayer» este livrat în fiole, conţinând un extract uscat de substanţe din măduva spinării, dozat pe 10 unităţi biologice de fiolă. Conţinutul fiolei se dizolvă în 2-4 cmc. de apă distilată şi se injectează strict intramuscular. Injecţia este absolut indoloră şi nu este niciodată urmată de vre-o reacţie locală sau generală. Cei 47 de bolnavi cărora le-am administrat acest preparat, sunt bolnavi operaţi în Spitalul Militar «Regina Elisabeta», Sanatoriul pentru ofiţeri «Elena Eraclide» şi clientela particulară.

Ei se împart în: 15 amigdalectomii totale bilaterale, 11 polipotomii nasale, 10 ablaţii de cornete nasale, 4 adenoidectomii şi 4 epistaxisuri rebele.

Celor cu epistaxis le-am administrat în 3 cazuri 4 fiole de Manetol în 24 ore şi nu am fost obligat să repet tamponamentul. In cel de al 4-lea caz, am fost obligat să repet tamponamentul. In cel de al 4-lea caz am administrat în prima zi 4 fiole şi a 2-a zi 3 fiole, fiind obligat să menţin tamponamentul 48 ore.

In restul de 43 cazuri am administrat Maneto-ul invariabil:

4 fiole înainte de opraţie, câte 2 pe zi şi o fiolă în ziua intervenţiei cu o oră înainte de intervenţie.

La aceste 43 de cazuri s'a controlat cu 3-4 zile înainte şi în preziua intervenţiei timpul de sângerare şi coagulare şi la o parte din ei n'a executat şi hemograma.

Toate analizele au fost făcute de d. dr. Bader Matei în laboratorul particular al d-sale.

Cercetările de laborator făcute au arătat: o scurtare netă a timpului de sângerare în 27 din cazuri şi o revenire la normal a lui în 9 cazuri la controlul făcut în preziua intervenţiei şi după administrarea de Manetol. Timpul de coagulare a rămas nemodificat în 18 cazuri şi puţin modificat în 3 din cazuri în cari s'a remarcat o creştere a trombocitelor. In majoritatea intervenţiunilor, hemoragia a fost foarte mică şi în unele din ele aproape minimă.

Din varietatea intervenţiunilor executate, a tablourilor clinice preoperatorii prezentate de bolnavi, din aspectul intervenţiei şi urmările postperatorii excelente remarcate în toate cazurile tratate şi operate, am ajuns la următoarele concluziuni:

1. Manetolul administrat strict intramuscular este cu totul inofensiv, indolor, uşor de maniat şi nu dă nici odată vre-o reacţie locală sau generală.

2. Administrarea lui constitue o metodă biologică de mare importanţă şi cu un dublu mecanism de acţiune asupra hemoragiei:

a) Acţiune directă asupra timpului de sângerare pe care-l scurtează net,

b) Acţiune indirectă asupra coagulării prin mărirea numărului trombocitelor.

El trebue administrat preventiv sau curativ în doză de 4-5 fiole după tehnica expusă mai sus.

3. Administrarea de Manetol scurtează pregătirea preoperatorie şi măreşte numărul bolnavilor operabili prin acţiunea sa netă asupra timpului de sângerare.

4. Administrarea uşoară, lipsa de orice reacţie locală sau generală, influenţa netă asupra timpului de sângerare, urmată de o hemoragie minimă în timpul intervenţiei şi aproape inexistentă postoperator, fac ca dintre toate preparatele existente actualmente în comerţ Mantol-ul «Bayer» să fie singurul, care nu trebue să fie despărţit de intervenţiunile chirurgicale în cari hemoragia constitue un elemente de luat în seamă.

In ultimul timp Casa „Bayer" mi-a pus la dispoziţie **MANETOL** în soluţie gata preparată. Intrebuinţarea acestuia tot în injecţii intramusculare este mult uşurata de faptul, că este livrat în soluţie gata injectabilă, scurtând apreciabil pregătirile prealabile injectării Soluţia se întrebuinţează în diluţie de 1-5 în apăt dist. în pansamente locale L'am întrebuinţa la o parte din cazuri cu aceleaşi bune rezultate.

Indicații pentru prescripția preparatului

EUBASINUM

(SULFAPYRIDIN)

Eubasinum are acțiune specifică în infecțiile cu **GONOCOCI, PNEUMO-și MENINGOCOCI;**

acționează de asemenea în **PNEUMONIA GRIPALĂ, pneumococică.**

EUBASINUM nu este eficace în pneumoniile cu streptococi, abces pulmonar sau ca profilactic.

Tratamentul se face pe cale bucală, întrebuințându-se timp de 5 zile doze mari

POSOLOGIE (p. adulți)

In GONOREE: Primele 3 zile câte 3 gr. (6 tabl.), apoi alte 3 zile câte 2 gr. (4 tablete). Total 30 tabl. (15 gr.).

In PNEUMONIE și MENINGITA: de 3—4 ori pe zi câte 2 tablete.

Pericolul unei supradozări la început este mult mai mic decât dozarea insuficientă la începutul tratamentului!

Fenomenele toxice sunt foarte rare. Pentru a le preîntâmpina se recomandă injecții de Hepatrat sau Hepatrat B_1.

Forme comerciale: Cutii cu 30 tablete à 0,5 gr.

NORDMARK - WERKE — HAMBURG 21

Pentru România:

Dr. Alexandru Radu, București III, Strada Sofia No. 30

fabrica de produse chimice

gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Făut, 9-11

PREPARATE NOI

In toate anemiile şi reconvalescenţa

FERCUPAR

TABLETE

(Fer + cupru + ficat + vitamină B)

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor izolaţi din rădăcina de belladonă.

In faţa dramei naţionale româneşti şi a marilor speranţe de redresare

de Prof. Dr. P. TOMESCU

In ultimele două luni şi jumătate România a trăit cea mai sguduitoare dramă din toată istoria ei sbuciumată.

Sub aparenţa unui calm de suprafaţă, impus de împrejurări, nu este om care să nu fi suferit adânc în sufletul lui şi să nu fi manifestat faţă de cei mai intimi ai lui, toată revolta ce resimţea în faţa adversităţilor soartei.

Generaţia noastră care a trăit pe rând, timpul de înalt idealism din 1914-1916, calvarul războiului nostru şi zilele de glorie din 1918, suferă poate mai profund astăzi când se prăbuşesc, printr'o hotărâre arbitrară, hotarele întemeiate, după sacrificii de secole ale unui popor întreg.

Dar vremurile sunt aşa de aspre, viaţa statelor atât de nesigură, adversitatea soartei aşa de tragică, încât nenorocirile prezente sguduindu-ne în toată fiinţa noastră individuală şi naţională, trebue să provoace o reacţiune de energie salvatoare.

Succesul acopere prin rezultatele lui, toate deficienţele.

Insuccesul, din potrivă, stimulează un control sever al tuturor actelor, o revizuire sistematică a metodelor, tinzând la redresarea societăţei care nu trebue să cadă victimă a neşansei, a incapacităţei sau a moravurilor.

Acest adevăr este valabil şi necontestabil pentru toate domeniile de activitate.

Fiecare la locul lui, în cadrul instituţiei unde lucrează, trebue să procedeze la o revizuire radicală a tuturor acţiunilor sale, să le supună unei critici severe, să renunţe la tot ce era greşit şi să se aplice, cu toată puterea lui de muncă şi de creaţie, la opera generală de înălţare a patrimoniului naţional.

Nu e nici timpul, nici locul unei critici severe a trecutului sau a prezentului.

Ea a fost făcută şi a dus la hotărâri capitale.

Zguduirea este prea puternică pentru a nu o fi resimţit şi cei mai puţin sensibili dintre noi. Răspunderile apasă cu greutate asupra noastră a tuturor.

De aceia un comandament imperativ al tragediei naţionale pe care o trăim, ne impune să privim către viitor, cu hotărârea de a înălţa spiritele noastre la nivelul marilor greutăţi ce trebue să învingem, punând toată munca şi capacitatea noastră în serviciul unui ideal social şi naţional pe care trebue să ni-l făurim neîntârziat.

Universităţile vor trebui să stea în fruntea acestei mişcări de reînoire.

Universitatea din Cluj refugiată într'unul din centrele mari ale Ardealului sau Banatului, va trebui să reprezinte cultura şi ştiinţa românească a cărei strălucire va însuma însuşirile superioare ale românilor din aceste regiuni cu o atât de veche tradiţie culturală.

In Universităţi, unde se cheltueşte multă energie cu adversităţile interne, unde lipseşte un spirit academic unitar, unde activitatea personală nu se încadrează într'o mişcare cu mai mult răsunet în viaţa studenţească şi socială, trebuesc aduse modificări esenţiale.

Universitatea împărţită în Facultăţi, cari îşi desfăşoară activitatea la diferite catedre, fără nici o legătură între ele, nu poate da o directivă spirituală unitară studenţilor, întru cât ea lipseşte chiar instituţiei de bază.

Dacă adăogăm antagonismul care există între unii profesori şi acela mai mare, între diferite categorii ale personalului didactic, ne dăm seama că individualismul excesiv, a împiedecat crearea unei atmosfere de înaltă spiritualitate solidară în Universităţi.

Felul în care ţara a fost guvernată în ultimii ani, a contribuit, desigur, la agravarea acestei situaţii, încurajându-se delaţiunea şi intriga sau utilizându-se teroarea.

Oricare au fost cauzele cari au dus la situaţia actuală, ea trebue neapărat schimbată.

Este o datorie elementară pentru toţi membrii corpului didactic universitar, de toate gradele, să aducă aportul lor, — la redresarea instituţiei care se află în fruntea culturei şi ştiinţei româneşti.

* * *

In acest moment hotărâtor pentru evoluţia ţărei, gândul nostru merge, cu egal interes, la una din problemele fundamentale ale populaţiei româneşti care este sănătatea publică.

D. General Ion Antonescu, Conducătorul Statului, în programul său de guvernământ, a pus sănătatea publică între preocupările sale fundamentale.

Prin urmare, deciziunea este luată precis, categoric, definitiv.

Datoria noastră, a medicilor, este de a acţiona cu o energie înzecită, cu un elan demn de cauza în serviciul căreia ne găsim şi cu un entusiasm pe care îl datorăm epocei de reînoire pe care o trăim.

Lăsând la o parte tot ceiace ne poate despărţi, să ne unim cu toţii, în jurul cauzei comune, în serviciul căreia suntem.

Mai mult decât oricând, fiecare om trebue utilizat în raport cu însuşirile, cu pregătirea şi cu posibilităţile lui de realizare.

Avem mulţi oameni pregătiţi cari rămân în situaţiuni minore şi avem multe locuri de comandă ocupate de oameni cari nu pot face faţă împrejurărilor.

Această situaţie nu mai poate dura.

Am avut în ţară, până în Iunie trecut, — 4000 de medici români. Acum, avem, desigur, — mai puţini.

Intre ei sunt cel puţin 500 cari graţie însuşirilor personale şi împrejurărilor favorabile, au o pregătire deosebită.

Pe ei se poate bizui organizaţia sanitară a ţărei.

Ei trebue căutaţi, descoperiţi, chemaţi la lucru de comandă şi încadraţi în serviciile publice de mare importanţă.

In felul acesta s'ar putea asigura cadrele medicale, — unei mari reforme sanitare.

Mai mult decât în orice alt domeniu, cele mai bune intenţii ale conducătorilor şi cele mai salutare principii înscrise în legi, nu se pot transforma în realizări practice, — fără un personal medical competent.

Din fericire noi îl avem.

In prezent este insuficient utilizat şi în mare parte, demoralizat, din cauza împrejurărilor.

O hotărâre energică, poate transforma situaţia actuală, aducând o ameliorare simţitoare în starea sanitară a ţărei.

Dealtfel, avem o legislaţie sanitară excelentă încă din anul 1930. In ea s'au înscris toate principiile ştiinţifice unei bune organizări sanitare.

Nu s'au aplicat însă, decât într'o foarte mică măsură. In schimb organizaţia sanitară centrală s'a hipertrofiat progresiv şi sistematic. Numărul funcţionarilor a crescut în aceeaşi măsură în care calitatea lor a diminuat.

De aceia, o reformă morală este mult mai necesară decât una legislativă.

Avem toată încrederea că ea va veni.

* * *

In faţa dureroasei drame naţionale pe care am trăit-o şi în faţa marilor speranţe de redresare, pe care ni le dă noul regim, se vor produce tarnsformări fundamentale în toate domeniile de viaţă ale Statului.

Noi am căutat să arătăm cât sunt de necesare aceste transformări în universităţi şi în organizarea sanitară a ţărei.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Reînfiinţarea Catedrei de „Clinică Infantilă" la Facultatea de Medicină din Bucureşti

Printr'un Decret-lege, cu textul următor, s'a reînfiinnţat catedra de «Clinică infantilă» la Facultatea de Medicină din Bucureşti:

«Catedra de «Puericultură şi Clinică Infantilă» dela Facultatea de medicină din Bucureşti se scindează pe data publicării legii de faţă în două catedre, şi anume:

a) Catedra de «Puericultură, şi

b) Catedra de «Clinică Infantilă».

Actualul titular al catedrei de Puericultură şi Clinică Infantilă va rămâne titular al catedrei de Puericultură.

Ministerul Educaţiei Naţionale este autorizat a numi direct la catedra de Clinică Infantilă, din nou înfiinţată la Facultatea de Medicină din Bucureşti fără formele prevăzute de art. 4 şi 5 din legea pentru modificarea şi completarea legilor privitoare la învăţământul superior şi special în vederea raţionalizării din 4 Noembrie 1938, pe actualul confernţiar şi medic primar al Serviciului de Pediatrie (fostă Clinica Infantilă) dela spitalul de copii din Bucureşti; aceasta prin derogare dela dispoziţiunile Decretului-lege No. 2.317 din 1940, publicat în Monitorul Oficial No. 157 din 10 Iulie 1940 şi dela dispoziţiunile jurnalului Consiliului de miniştri No. 1712 din 1940, publicat în Monitorul Oficial No. 156 din 9 Iulie 1940».

Totdeodată prin Decret Regal s'au făcut următoarele numiri:

D. dr. Titu Gane a fost confirmat profesor titular la catedra de Puericultură, rezultată din scindarea fostei catedre de Puericultură şi Clinică Infantilă dela Facultatea de Medicină din Bucureşti.

D. dr. Alfred Rusescu a fost numit profesor titular la catedra de Clinica Infantilă dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, rezultată din scindarea fostei catedre de Puericultură şi Clinică Infantilă.

Norme pentru primirea studenţilor evrei în învăţământul superior

Ministerul Educaţiei Naţionale a stabilit următoarele norme pentru primirea studenţilor evrei în învăţământul superior:

In învăţământul superior de orice categorie, numărul studenţilor evrei va fi stabilit de minister în fiecare an pentru fiecare Facultate sau şcoală superioară, fără a putea depăşi procentul de 6 la sută din numărul tuturor studenţilor români înscrişi la fiecare Facultate. Acest procent priveşte exclusiv pe evreii din categoria II a a decretului-lege privitor la statutul evreilor. Evreii din celelalte categorii nu sunt admişi în învăţământul superior decât în cazuri de valoare deosebită prin concurs, atunci când procentul de 6 la sută al celor din categoria II n'a fost atins.

Accesul studenţilor evrei în laboratoare şi săli de disecţii va fi îngăduit numai pe baza unei recomandări speciale a profesorului respectiv, în limita locurilor disponibile şi a proporţiei de 6 la sută.

In cazuri excepţionale de valoare ştiinţifică, evreii studenţi din celelalte categorii, pot fi îngăduiţi a-şi continua activitatea lor. In cazul acesta profesorii laboratoarelor şi seminariilor, vor face ministerului un raport motivat, care după ce va fi supus Senatului şi Universităţii respective, va fi aprobat de minister şi publicat în Buletinul ministerului. Aceste aprobări vor fi reînoite, potrivit activităţii ştiinţifice dovedeşte, din trei în trei ani.

BIBLIOGRAFII

Prof. Enrico E. Vigliani: Studio sull'asbestosi nelle manifatture di amianto. 1 vol. 74 pag. Edizione dell'Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione Infortuni. 1940. Prezzo L. 40.

Asbestoza este o boală profesională consecutivă inhalaţiei prelungite de pulbere de amiant (asbest). Ea consistă într'o fibroză pulmonară difuză, însoţită de emfizem şi pachipleurită. Principalele semne clinice ale acestei afecţiuni sunt: tusea cu sau fără expectoraţie, dispneea, stare generală rea, matitatea bazelor pulmonare şi raluri crepitante bazale. Radiografia pulmonară arată o serie de umbre dispuse reticular, predominând în zona medie şi inferioară a plămânilor.

Autorul a făcut examenul pulmonar al lucrătorilor din patru fabrici de amiant; din cei 442 lucrători examinaţi, 76 sufereau de asbestoză. Aspectul şi compoziţia chimică a pulberii inhalate au fost riguros determinate. Studiul relaţiunilor dintre asbestoza pulmonară şi inhalaţia de pulbere de amiant, demonstrează că această pulbere este nocivă şi în concentraţii minime, cu condiţia de a fi inhalată timp de mai mulţi ani. Concentraţia tolerabilă a fost fixată sub 200 particule pe cc.

Mijloacele preventive aplicate actualmente în fabricile de amiant, precum şi un control pulmonar periodic al lucrătorilor, vor duce desigur la dispariţia asbestozei pulmonare.

Numeroase figuri şi tabele sunt intercalate în text. Lucrarea se încheie cu o importantă bibliografie.

Feldchirurgie (Chirurgie de campanie). *Leitfaden für de Sanitätsoffizier der Wehrmacht.* Unter Mitwirkung von: Oberstabsarzt *M. Dietrich* — Oberfeldarzt *W. Fölsch* — Oberstabsarzt Prof. *E. Gohrbandt* — Oberfeldarzt *H. Hartleben* — Oberstabsarzt *C. Heinemann-Grüder* — Generaloberstabsarzt *H. Käfer* — Oberstabssarzt Dozent *G. Panning* — Oberstabsarzt Dozent *K. Peter* — Oberfeldarzt *G. Schöneberg*— Stabsarzt Prof. *O. Stahl* — Oberstabsarzt Prof. *H. Wildegans.* Herausgegeben von Dr. *H. Käfer,* Generaloberstabsarzt. 1 vol. 354 pag. cu 58 fig. Verlag von *Theodor Steinkopff,* Dresden und Leipzig. 1940. Reprezentant pentru România Librăria Medicală *H. Welther,* Sibiu, str. Regina Maria 28. RM. 12. (legat). Lei 405 (cu reducerea de 25%, pentru România).

Lucrarea d-rului Käfer şi a colaboratorilor săi constitue un manual practic de chirurgie de război, pentru uzul medicului militar din imediata apropiere a frontului. Cartea se compune din două mari părţi. In cea dintâi sunt expuse noţiuni generale referitoare la: organizarea serviciului sanitar de război; acţiunea principalelor arme de război; transportul răniţilor; röntgenologia în campanie; tehnica chirurgicală generală în campanie; tratamentul de urgenţă al răniţilor; complicaţiuni infecţioase ale plăgilor de război; colaps şi şoc; anestezia în campanie; emoragie, emostază, transfuzie. Partea a doua cuprinde descrierea şi tratamentul plăgilor diverselor regiuni ale corpului.

Expunerea numeroşilor colaboratori ai lucrării, se bazează pe o bogaată experinţă personală, căpătată pe câmpurile de luptă ale războiului actual.

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux par A. Ravina. Quatorzième année, 1939. *Masson et C-ie,* Un volum de 204 pag . . . . . $ 0070

A apărut cu aceeaşi exactitate ca şi în anii precedenţi.

Este o culegere în care au fost grupate şi rezumate pentru practician toate faptele noui de ordin terapeutic publicate în cursul anului 1939.

Această lucrare contribue deoparte să facă cunoscute toate technicele noui de aplicare imediată şi uşoară; pe de alta, să indice orientările actuale ale terapeuticei.

HISTAMINA şi ULCERUL GASTRIC

de Dr. FRANÇOIS MOUTIER

In 1905, când Barher şi Dale au izolat histamina din secara cornută, nimeni n'a putut să prevadă importanţa pe care o va lua acest corp în interpretarea anumitor fenomene biologice şi în terapeutică. Fără a căuta să desvoltăm aci studiul chimic al histaminei, ne mărginim să amintim noţiunea prea cunoscută tuturor şi anume că histamina derivă din decarboxilarea unui amino-acid, şi anume din histidină.

Toxică în doze mici, histamina s'a dovedit extrem de activă în terapie, în aceleaşi doze foarte slabe.

Până acum, metodele de care se dispunea în tratamentul ulcerului gastro-duodenal erau de trei categorii. Una din aceste metode consta în acoperirea mucoasei gastrice cu un fel de pansament; astfel încă din secolul XVI se întrebuinţa argilă în contra ulcerului gastric. Mult mai târziu, bismutul şi kaolinul ocupară locul de onoare. O altă medicaţiune, acea alcalină, căuta să neutralizeze acizii, consideraţi printr'un raţionament foarte simplu, ca fiind la baza genezei ulcerului.

Cât despre toate celelalte metode de tratament, recent apărute, tratamentul prin pepsină, prin vaccinuri, prin diverşi hormoni extraşi din paratiroidă, din pancreas (insulină), din hipofiză, etc., nu reprezintă decât o proteinoterapie mai mult sau mai puţin evidentă, după cum a observat foarte bine Aron.

Intrebuinţarea histaminei în terapeutică derivă dintr'o serie de fapte, dealtfel destul de deosebite unele de altele.

Loeper şi şcoala sa au insistat asupra acţiunei toxice a imidazolilor dintre cari face parte şi histamina. Aceşti autori au demonstrat creşterea cantităţii de histamină în numeroase auto-intoxicaţiuni şi aceste cercetări au fost confirmate din mai multe surse de alţi experimentatori. Astfel, recent Akiyama a constatat că în ileus experimental şi în peritonită, organele digestive îşi multiplicau coeficientul normal al conţinutului lor în histamină. Deutsch a atras atenţia asupra acţiunei antalgice a produsului studiat. In fine, şcoala din Strasburg, a contribuit prin cercetările sale experimentale şi terapeutice asupra ulcerului, să dea histaminei popularitatea sa actuală.

Se ştie că Weiss şi Aron, bazaţi pe numeroase experienţe au căutat să atribue formarea ulcerului experimental, unei carenţe a acizilor aminaţi. Pe baza aceasta s'a introdus în terapia ulcerelor un acid aminat, histidina.

In 1935, Jacob remarcând că histidina din comerţ provocă la unii bolnavi fenomene de şoc, a avut ideia interesantă de a căuta să afle cauza. El a demonstrat că acţiunea de şoc ca şi acţiunea terapeutică a histidinei, se datorau faptului că aceasta conţinea în mod curent urme de histamină. Aceste urme sunt departe de a fi imponderabile, deoarece dozările lui Schvartz au arătat că 0 gr. 04 de histidină din comerţ puteau conţine una până la două zecimi de miligram de histamină.

Modurile de întrebuinţare a histaminei. Se poate întrebuinţa histamina în ulcerul gastric în diferite moduri, fie că se recurge la calea subcutanată, fie că ne adresăm căii intradermice, fricţiunilor s'au chiar ionizării.

Ionizarea cere un instrumentar special deci ea nu este la îndemâna medicului practician şi mai ales al celui izolat. Fricţiunile nu îngădue dozajul riguros pe care-l dorim. Calea subcutanată nu pare să liniştească durerea cu precizia căii intra-dermice.

De aceia avem obiceiul, cel puţin actualmente, să ne adresăm acestei căi.

Dozele întrebuinţate sunt minime, cel mult de 1/4 de miligram, de obiceiu de o zecime de miligram. Lambling consideră ca optimă, e drept, că pe cale subcutanată, doza de 10 y, adică o sutime de miligram. La aceste doze chiar minime, se produce pe cale intradermică o reacţie locală. Se vede apărând în jurul papulei albe a injecţiei intradermice, zona eritematoasă difuză, astăzi clasică. Nu ştim dealtfel dece printre elementele triadei sale reacţionale, Lewis a semnalat în primul rând o papulă intradermică roşie: locul injecţiei, în doze de un sfert până la o zecime de miligram este, într'adevăr reprezentat de o papulă albă care nu se roseşte decât câte puţin, dealtfel foarte încet, sub influenţa eritemului extensiv consecutiv injecţiei.

In dozele citate mai sus, de o zecime până la un sfert de miligram, dacă nu întotdeauna, dar de foarte multe ori, date fiind variaţiile individuale extraordinare, se vede apărând un oarecare grad de cefalee, de agitaţie. O stare proastă lipotimică ar fi excepţională. In schimb, în mod obişnuit, la unii bolnavi apare pruritul, câteva elemente de urticarie, redeşteptarea după un timp îndelungat a unor mâncărimi la nivelul vreunei eczeme.

Indicaţiuni şi rezultate terapeutice. După experimentările noastre, histamina este indicată nu numai în ulcerul gastro-duodenal, dar chiar şi în gastrite. Ea acţionează mai întâiu de toate asupra durerii şi aceasta într'un mod aproape constant. Aceasta reiese în mod evident din lucrările lui A. Lambling, André Jacob şi Léon Israel, Alban Girault şi ale noastre. Acţiunea medicaţiunei histaminice faţă de durere este dealtfel foarte promptă. Aproape întotdeauna, durerea este suprimată sau cel puţin considerabil micşorată dela a 2-a sau a 3-a injecţie, câte odată chiar dela prima. In acelaşi timp, starea generală se îmbunătăţeşte şi se constată adesea o îngrăşare extrem de rapidă. Acest fapt a fost semnalat de Frapin, de Braun. In ceeace mă priveşte, am constatat-o în cele mai multe cazuri pe cari le-am studiat. Astfel la un ulceros căruia i s'au făcut timp de două luni trei serii de zece injecţii de câte un sfert de miligram, câştigul ponderal a fost de 9,500 kgr.

La bolnavii cari prezentau vărsături fie de ulcer (Frapin), fie de gastrită (Moutier), aceste accidente au fost ameliorate. Frapin şi noi înşine, am constatat deasemenea dispariţia greţurilor. Dimpotrivă este rar ca rezultatele obţinute cu histamină faţă de durere să fie lente, incomplete sau nule.

Acţiune asupra cicatrizării. Noi dispunem, pentru a aprecia influenţa directă a unei medicaţiuni asupra ulcerului, cel puţin asupra unui ulcer gastric, de trei metode: examenul radiologic, controlul chirurgical, studiul gastroscopic.

La radiografie, Iacob şi Israel au constatat dispariţia nişelor. Eu am constatat persistenţa şi chiar mărirea lor transitorie urmată de o reducere considerabilă. Fiecare caz particular ar cere dealtfel să fie strict interpretat, studiile endoscopice demonstrând de mult timp într'un mod formal, că o imagine radiologică cavitară, cu alte cuvinte o nişe, nu corespunde nici formal nici întotdeauna, totalităţii cavităţii ulcerului, dar că ea este cel mai adesea ulcerul plus ceva, acest ceva fiind o pungă diverticulară a peretelui.

O operaţie fericită a îngăduit lui Frapin să constate la un purtător de ulcere multiple că acestea, în număr de trei, se cicatrizaseră complect prin tratamentul histaminei.

Avertizat de cercetările precedente asupra acţiunii extractelor paratiroidiene în tratamentul ulcerului, cercetări făcute cu colaborarea lui Louis Camus, am controlat acţiunea histaminei asupra ulcerului, prin endoscopie. La trei bolnavi observaţi s'a notat că dacă într'unul din cazuri odată cu dispariţia totală a durerilor, a coincis o

vindecare anatomică deasemenea totală, în celelalte două cazuri (un bărbat de treizeci și nouă de ani, un bărbat de 60 ani), sedațiunea imediată a paroxismelor dureroase nu era însoțită de cicatrizare. Atât în una cât și în cealaltă din aceste observații, ulcerele au continuat să se desvolte în timpul duratei tratamentului histaminic, unul dublându-și volumul și celălalt întinzându-se mult. Trebue să precizăm că mai târziu acești doi bolnavi sub influența tratamentelor complimentare urmate într'o perioadă nedureroasă, au văzut reducându-se ulcerele lor și actualmente sunt în mod indiscutabil pe cale de cicatrizare.

Asemenea fapte ne arată că poate fi o contradicție formală între vindecarea clinică și evoluția anatomică a ulcerului. Această constatare a fost făcută de altfel de noi cu medicațiile cele mai diverse sub controlul obiectiv al gastroscopiei.

Indicațiile tratamentului histaminic al ulcerului nu se mărginesc la formele clinice cu paroxismele lor dureroase a căror schemă ne este familiară. Braun a avut efecte fericite terapeutice în tratamentul formelor stenozante. Aceasta e ușor de înțeles: știm în mod sigur astăzi că ulcerul poate prezenta episoade stenozante legate de puseuri de oedem sau dacă preferați, de o inflamație interstițială susceptibilă de retrocedare sub diferite influențe.

La rândul său, Frapin în interesanta sa monografie, comunică două observații în cari histamina pare să fi manifestat o acțiune neîndoelnică față de forme hemoragice.

E ușor de înțeles că histamina poate ameliora accidente diferite între ele, deoarece determină un șoc ușor, caracterizat printr'o hipotensiune ușoară și trecătoare și o leucopenie cu inversarea formulei leucocitare. Noi știm, mai ales prin cercetările lui Burkhardt, că ea mărește rezerva alcalină, ridică glicemia, crește procentul colesterolului.

Aceste acțiuni, fiind adesea destul de diferite nu trebue să ne mirăm că printre contraindicațiile semnalate cu privire la întrebuințarea histaminei la ulceroși, vedem pe unii (Frapin) contraindicând-o în hipertensiune, iar pe alții (Braun) în hipotensiune. Date fiind dozele indicate, credem că aceste contraindicații au o importanță destul de slabă. In schimb trebue să fim destul de rezervați în ceeace privește întrebuințarea sa la tuberculoși: histamina mărește într'adevăr spasmele bronhice, acțiune pusă în evidență de Luzzato Fegiz.

Intrebuințarea histaminei nu contraindică alte terapii. Pare totuși inoportun să i se asocieze alte forme de proteinoterapie cu toate că ar fi folositor pentru bolnavi să se alterneze histamina cu paratiroida sau pepsina, fără să se neglijeze celelalte metode terapeutice întrebuințate actualmente. Totuși e bine să nu prescrim în același timp cu histamina, săruri alcaline, deoarece în mod experimental acestea par să dăuneze eliminării tisulare a histaminei.

Dimpotrivă nimic nu se opune ca, în timpul curei histaminice să fie urmată sau prescrisă întrebuințarea eventuală a bismutului sau kaolinului.

Histamina în gastrite. — In patru cazuri de gastrite, fie de gastrite generalizate, fie de gastrite erozive cu aspect suculent adică infiltrația mucoasei, histamina s'a arătat activă și a făcut să dispară repede durerile. Aceste fapte au fost controlate prin endoscopie care a arătat atât în gastritele pure cât și în gastritele asociate unui ulcer, dispariția elementelor catarale și de congestie.

Cum acționează histamina? Pare atât după datele experimentale cât și după rezultatele clinice și endoscopice, pe cari le-am putut controla, că putem recunoaște histaminei cinci proprietăți principale: mărește contractilitatea mușchilor netezi; dilată capilarele; stimulează activitatea glandulară; se bucură de o putere antalgică extrem de marcată; acționează ca desensibilizator față de fenomenele alergice.

Pentru a înțelege mai bine cum poate acționa derivatul histidinei asupra stomacului patologic, credem că nu este inutil să încercăm a preciza ce este ulcerul.

Incă din 1933, dela primul Congres Francez de Terapeutică, am apropiat ulcerul de sindromele alergice. Ceeace se știe actualmente despre ulcer, credem deci că poate fi rezumat în modul următor: *Ulcerul gastric este un accident paroxistic, în general periodic și adesea sezonier, prezentând o constanță simptomatică remarcabilă la același subiect, ori-cum ar fi criza, dureroasă sau hemoragică. Sensibil la acțiunile terapeutice, adesea ușor de adus în stare latentă sau de cicatrizat, ulcerul deconcertează prin redeșteptările și acutizările sale.* Se poate ajunge la o vindecare de ulcer ca și la una de eczemă, dar individul deși vindecat rămâne un ulceros posibil, tot așa cum cel vindecat de eczemă, va fi totdeauna un eczematos posibil.

Dacă reluăm acuma fiecare din acțiunile admise ale histaminei, vom vedea în ce mod acțiunea particulară se poate adapta constatărilor terapeutice.

1. *Mărirea contractilității fibrelor netede poate ameliora ulcerul?* Gastrscopia arată că acțiunea histaminei (lucru care se înțelege dealtfel foarte ușor), nu are nici un efect asupra fenomenelor motorii spasmodice, la nivelul ulcerului. In special într'un caz, nu s'a produs nici o schimbare privind punga de contracție cuprinzând ulcerul și nici în ceeace privește hipertonia defensivă când s'a introdus aparatul. Este adevărat că s'a spus că această acțiune asupra fibrelor musculare netede, accelera transitul. Aceas tă accelerare a transitului semnalată de către autori, după câte știm noi nu a fost însă constatată pe ecran. Pe de altă parte, ea nu ar acționa decât în cazurile de stază sau de hipotonie, ceeace nu există în mod obișnuit la ulcere. Acțiunea terapeutică a histaminei bazată pe influența sa asupra fibrei musculare netede, rămâne deci o simplă hipoteză. Poate că în unele cazuri, ameliorarea poate fi datorită cel mult unei stimulări a vesiculei biliare și evacuării conținutului său, dacă la turburările gastrice se asociau și turburări vesiculare.

2. *Acțiunea histaminei asupra capilarelor, deși nu a fost obiectiv demonstrată, pare mai demnă de reținut.* — In adevăr, Loeper, Perrault și Lesme au demonstrat rolul imidazolilor în geneza unora dintre oedeme. Studiul histologic al ulcerului precizează că la stomacul ulceros și mai ales în jurul ulcerului, există foarte adesea un oedem interstițial atingând uneori proporții extraordinare, deoarece straturile sub-mucoase îmbibate de adevărate infiltrate locale, pot prezenta o creștere în grosime de mai mult de un centimetru.

Se poate ca acțiunea vaso-dilatatoare a histaminei, constatată de toți cercetătorii la nivelul pielei și demonstrată de către Roch în mod experimental pe peritoneul de pisică, să ajute la resorbirea acestor inflamațiuni seroase.

3. *Stimularea activității glandulare.* Această stimulare care evident nu poate decât să ajute la rezorbirea inflamațiilor interstițiale, se epuizează probabil după un timp oare-care. De curând Schiff a arătat că injectarea de doze mici și repetate de histamină, nedepășind jumătate miligram zilnic, nu mărește cantitatea acidului clorhidric liber și mai mult încă, în decursul cercetărilor făcute timp de mai multe luni asupra unui individ, poate surveni o aclorhidrie histaminică transitorie, produsă fără îndoială prin epuizarea glandelor.

In ceeace privește acțiunea secretoare a histaminei, ar fi interesant să se poată descoperi dacă substanța studiată produce vreun efect asupra mucinei. Acesta este un capitol încă neexplorat.

4. *Acțiunea antalgică a histaminei* a fost evidențiată pentru prima oară de către Deutsch și a fost utilizată în special în reumatism (în Franța mai ales de către Weissenbach și Perlès), în nevralgii și nevrite (Delherm, Gadjos).

Este foarte greu să se determine

procesul acestei acţiuni antalgice. Ştim că radioterapia măreşte coeficientul în histamină la nivelul ţesuturilor iradiate; deasemeni ştim că dacă sistemul simpatic utilizează la nivelul fibrelor sale terminale o secreţie de adrenalină, sistemul vagal utilizează în acelaşi mod o formaţie de acetilcolină şi că la nivelul terminaţiilor sistemului neuro-vegetativ pare să se producă histamină. Dar modul de acţiune al histaminei în doze întotdeauna minime şi câteodată, chiar homeopatice (Lambling) întrebuinţate astăzi, ne scapă încă.

5. *Acţiunea histaminei faţă de urticarie, între altele faţă de oedemul lui Quincke, demonstrează în mod evident că aceasta constitue o medicaţiune a stărilor hiperergice.* In unele cazuri aceasta s'a putut arăta în mod direct. Astfel Radvan a constatat creşterea histaminei în urină într'un caz de crioalergie.

In afară de urticarie (Gadjos) s'a arătat influenţa histaminei în unele cazuri de eczemă, de prurit, de astm şi de migrenă. Dealtfel raporturile dintre ulcerul gastric şi unele din aceste stări, sunt probabil mult mai dese decât se crede şi poate se vor semnala cazuri precise, dacă se va insista asupra interesului acestor cercetări. Frapin a notat la unul din bolnavii săi, accidente de rinită spasmodică urmate întotdeauna de fenomene raportate la un ulcer. Una din bolnavele mele, după ce timp de doi ani a suferit de o eczemă, a constatat brusca ei dispariţie, odată cu apariţia unui ulcer.

Ca medicaţiune antişoc, histamina pare să realizeze, faţă de ulcere, cel puţin în unele cazuri, o skeptofilaxie.

Astfel după cum am scris în 1935, dacă *se aprofundează mai mult studiul anatomic, clinic şi terapeutic al ulcerului, acesta ne apare din ce în ce mai puţin ca o entitate morbidă bine definită, şi din contra, mai mult ca un sindrom, ulcerul datorindu-se probabil unor cauze foarte diverse, toxice, infecţioase, humorale, neuro endocrine.* Pentru a-l crea, se opun fără îndoială fenomene complexe de sensibilizare şi de imunitate, cu intervenţia din când în când a unor şocuri traducând perturbaţiuni humorale sau o supra-infecţie, sau chiar ambele. Acest şoc ar declanşa un paroxism evolutiv, dar în unele cazuri s'ar produce o desensibilizare permiţând o vindecare temporară, până la reîntoarcerea unei noui sensibilizări.

Dealtfel trebue să ne obişnuim a considera stomacul nu ca pe un instrument simplu de secreţie digestivă ci ca pe un organism extrem de complicat de elaborare, de secreţie, de eliminare şi de absorbţie. Se înţelege uşor că la nivelul leziunei eruptive sau ulceroase pot să se producă descărcări toxice producătoare de ulceraţiuni comparabile cu leziunile pe cari le întâlnim la nivelul pielei.

Nu trebue să se uite că eventuala dispariţie a durerilor, graţie histaminei, nu autorizează să se tragă concluzii anatomice din manifestările clinice; endoscopia arată că ulcerul poate continua să evolueze cu toată iluzia terapeutică.

In orice caz, histamina rămâne un tratament remarcabil al durerei. Viitorul ne va spune dacă histamina mai este şi altceva în afară de un medicament al durerei în general şi al ulceraţiilor uneori, într'un cuvânt dacă este tratamentul unui efect sau al unei cauze, o terapeutică de criză sau un tratament de fond.

Extras din «La Sphère Médicale», (1938, VII-.

Pentru indicaţiunile de mai sus

Histamina Beytout

se găseşte la dispoziţia Corpului Medical sub numele

de Hista Dimilli

în fiole de 1 cc. dozate la $^{1}/_{10}$ de mgr.

Pentru eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

Str. Toamnei 103, Bucureşti III. Telefon 2.21.38

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenterie, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie, scrofulus), turburări nervoase, auto-intoxicaţii, (ameţeli, migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibacilozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). CULTURA USCATA: 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată*, deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 19 — 10 Lei Exemplarul — 1 Octombrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNEA" SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE — Pagina

Prof. P. TOMESCU, SEBASTIAN CONSTANTINESCU şi C. DANIEL: *Tratamentul Schizofreniei şi al altor Psihoze prin şocuri de Cardiazol* 209

Dr. ION FLORIAN: *Novocainizarea arterei femurale în tratamentul ulcerelor varicoase* 211

Dr. V. PLĂTĂREANU, Drd. M. HOEPHNER şi Drd. ELENA POPATANASE: *Consideraţiuni asupra ginecomastiei* 212

Dr. CIRIL POPOVICI: *Contribuţiuni la tratamentul infecţiunilor gonococice cu Uliron* 214

CRONICI — Pagina

Adunarea generală a Colegiului Medicilor din Capitală

Cuvântările D-lor D-ri Gomoiu, Samarian, Trifu, Constantinescu, Duţescu, Roşulescu, Virgil Ionescu, etc. 216

Moţiunea prezentată de D-l *Dr. Popovici Lupa* asupra eliminării medicilor evrei din colegiu şi reorganizării profesionale a medicilor 217

Expunerea D-lui Prof. *Dr. Dan Teodorescu*, asupra motivelor retragerei sale din actualul consiliu.

Propunerea D-lui Dr. *Sârbulescu* prin care cere demiterea consiliului actual 217

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI — Pagina

Noua conducere a Ministerului Sănătăţei; Directive generale date de Conducătorul Statului pentru organizarea şi îndrumarea învăţământului Universitar; Reorganizarea serviciilor publice şi salarizarea funcţionarilor 218

Delegaţi legionari pe lângă instituţiile sanitare; Inspectorii sanitari 219

Revizuirea situaţiei medicilor, veterinarilor şi farmaciştilor în rezervă; Verificarea situaţiei militare a medicilor şi farmaciştilor militari; Arondarea circumscripţiilor medicale rurale; Mişcare în corpul medical 220

Solu-Salvarsan

Pentru injecţii intramusculare şi intravenoase

Efecte rapide şi persistente asupra treponemelor şi simptomelor clinice. Absolut neiritant şi injectabil fără dureri. Bine tolerat şi în injecţia intravenoasă.

Orice serie de fabricaţie este riguros controlată din punct de vedere chimic, biologic şi clinic.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină bruta
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

NOVURIT

Diuretic ideal. Acţiune energică şi prelungită, fără efecte secundare.
In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cmc; cutii cu 5 supozitoare

TRANSPULMIN

Contra afecţiunilor inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor.
In comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole de 1 şi 2 cmc.
Borcane sterilizate cu 15 cmc.

BIROBIN

Tratament economic şi practic pentru cura rapidă de îngrăşare şi fortificare. Preparat organoterapeutic şi hematopoetic.
In comerţ: flacoane cu 100 drageuri.

GERULCIN

Pentru tratamentul ulcerelor gastro-duodenale. Soluţie apoasă de chlorhidrat de histidină. Ameliorează rapid toate simptomele clinice şi radiologice. In comerţ: cutii cu 6 şi 10 fiole de 5,2 cmc.

SURPARYL

Medicaţie ideală a tuturor stărilor spasmodice. Eficacitate potenţializată prin acţiunea sinergică a celor 2 componenţi (PERPARIN, de 3 ori mai eficace ca Papaverina şi NOVATROPIN, de 50 ori mai puţin toxic ca Atropina).
In comerţ: injecţiuni, Forte tablete şi supozitoare.

MENOKTAN

În turburările climacerice. Compoziţie: Extract total de ovar, hormon sexual femenin, theobromincalciu-salicilic, Albroman, Papaverină hidroclorică. In comerţ: flacoane cu 50 drageuri.

HOGIVAL

Hormonoterapia modernă. Hormonul activ din folicul matur. Riguros titrat şi standardizat în Unit. şoareci (U. S.). Tablete: 50, 100, 300, 1000 M. E. (U. S.). Injecţii: 25, 100, 500 M. E. (U. S.) în soluţie apoasă: 1000, 10.000, 50.000 M. E. (U. S.) în soluţie oleoasă.

TESTOSAN FORTE

Hormon sexual masculin titrat în unităţi biologice de peşte.
O fiolă conţine 50 unităţi biologice.
In comerţ: cutii cu 10 fiole şi flacoane cu 40 drag.

DESEPTYL

Chimioterapeuticul afecţiunilor septice: strepto şi stafilococice.
1 tabletă = 0,40 gr. paraminobenzolsulfamid.
In comerţ: cutii cu 6 fiole de 5 cmc., tuburi cu 20 tabl.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sfi. Constantin, 4.

Pentru sustinerea sarcinei

Flavolutan

corp galben disolvat în uleiul germenului de grâu

Conţine deci şi viiamina E. Deceeia acţiune mărită a progesteronului asociat cu vitamina în tratamentul avortului habitual şi iminent.

Alte indicaţiuni: sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă.
Hemoragii (hiperplasii glandulare cistice, juvenile şi climacterice)
Forme de prezentare: Fiole cu 2 şi 5 mg (2 şi 5 U. I.)

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Astenie psihică
Nervozitate, Insomnie
Neurastenie, Anxietate

CEREBROSAN

SIROP

Valeriana
Barbiturice
Brom
Calciu
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Mostre şi literatură prin:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

Hormonotherapie parenterală „fără injecție"

prin

PICĂTURI DE TESTOVIRON

Testovironul în soluție alcoolică, administrat parenteral, păzește sau îndepărtează manifestațiile deficitare ale animalelor castrate, în doze numai ceva mat ridicate, ca cele trebuincioase la injecții

După rezultatele clinice, 2 frecțiuni zilnice cu

15 picături de Testoviron

corespund ca acțiune cu

2 injecții

de câte 5 mg Testoviron, pe săptămână.

Indicațiuni:

tonificare hormonală a organismului bărbătesc pe cale de îmbătrânire, epuizare generală spirituală și fizică, prurit senil și diabet senil, hypertensiune și slăbirea vezicei urinare la începutul hypertrofiei de prostată, importență consecutivă *insuficienței glandelor seminale.*

Ambalaj original: Flacon picător cu 10 cc.

Literatură și mostrele medicale vă stau cu plăcere la dispoziția D-voastră

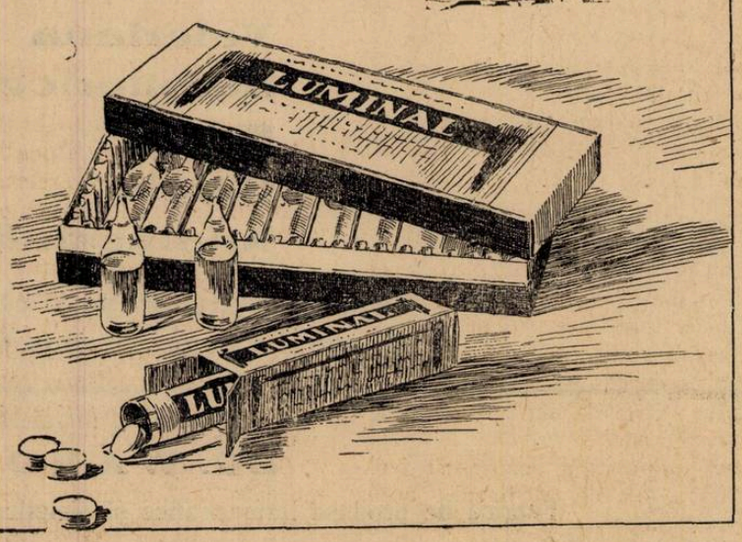
SCHERING A. G. BERLIN

Biroul științific: București III, Str. Aurel Vlaicu No. 33

Luminal

Acțiune depresivă și spasmolitică sigură-asupra funcțiunilor centrului motric.

In epilepsie, eclampsie, tetanie, coree, stări de agitație, hiperemeza gravidelor, insomnie.



E. Merck DARMSTADT

»Bayer« LEVERKUSEN

«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-97.86

„CHIMIROMAN" BUCUREȘTI, I., Str. Th. G. Masaryk 32. Telefon: 2-71.48.

Anul XVIII. No. 19 10 Lei Exemplarul 1 Octombrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

Tratamentul Schizofreniei şi al altor Psihoze prin şocuri de Cardiazol

de Prof. P. TOMESCU, Dr. SEBASTIAN CONSTANTINESCU şi C. DANIEL

Tratamentul prin şoc a transformat radical concepţiile, posibilităţile şi rezultatele terapeutice ale psihiatriei contemporane.

Piretoterapia, metodă cunoscută în cele mai vechi timpuri, dar căzută în desuetudine, a fost prima metodă de şoc utilizată de Psihiatria modernă, puţin înaintea marelui război.

Malarioterapia, descoperită de *Wagner von Jaureg* imediat după război, a deschis cele mai frumoase perspective metodei de şoc, prin rezultatele admirabile ce a dat în tratamentul Paraliziei generale şi al Sifilisului nervos.

Ceva mai mult, cercetările actuale asupra modificărilor profunde de ordin biologic, provocate de şocul terapeutic, tind să dea o serioasă bază ştiinţifică acestor metode, căutând să găsească o explicaţie şi un substrat rezultatelor clinice ce se constată.

Fără îndoială că acest substrat există. Din nefericire el ne rămâne încă necunoscut, mulţumindu-ne pentru moment cu ipoteze explicative cărora le lipseşte încă o demonstraţie definitivă.

Terapeutica de Şoc a psihozelor a făcut un progres enorm prin descoperirea Insulinoterapiei de *Sakel.*

Aplicată la început (1933), în tratamentul Schizofreniei, are astăzi indicaţiuni mult mai largi şi dă rezultate remarcabile.

In acest domeniu, cea mai nouă metodă, este tratamentul prin Şoc de cardiozol descoperită şi aplicată de *Meduna* în 1935.

In ultimii patru ani, terapeutica psihozelor prin cardiazol, a fost utilizată pe o scară întinsă şi amănunţit studiată.

*

Inainte de a relata rezultatele obţinute de noi în tratamentul Schizofreniei şi diferitelor psihoze prin şocuri de cardiazol, vom examina rapid, câteva din ipotezele emise asupra mecanismului intim de acţiune biologică al acestei metode.

Meduna, cel care a descoperit terapeutica prin şoc de cardiazol, crede că între schizofrenie şi epilepsie, există un adevărat antagonism, care ar duce la vindecarea primei boale prin producerea acceselor de epilepsie cardiazolică.

Această teorie nu găseşte aprobări unanime, tocmai pentru că antagonismul între cele două boale nu este dovedit. Astel, D-ra *Pascal* a descris încă demult, debutul Schizofreniei prin accese epileptiforme. De asemenea sunt cunoscute fenomenele schizoide în cursul echivalenţelor şi psihozei epileptice, fapte asupra cărora a insistat *Jules* şi *Roger Voisin* şi unul din noi, în memoriul său de Docenţă (1924).

In afară de aceasta, asociaţia întâlnită uneori între epilepsie şi ciclofrenie, arată că ipoteza antagonismelor morbide ale epilepsiei, este relativ slabă.

Dar lăsând la o parte ipoteza lui Meduna să vedem care este mecanismul de acţiune al crizei convulsive cardiazolice.

Cercetările microscopice asupra creerului animalelor în experienţă, nu ne aduc date decisive, mai ales într'un domeniu unde modificările par a fi de ordin biochimic, cari rămân inaccesibile metodelor încă rudimentare de care dispune anatomia patologică pentru patologia fină a nevraxului.

Diferiţi autori: *Zerbini, Kastein, de Morsier, Nyberg, Accornero, Bini* şi *Longhi* au descris leziuni ale vaselor cerebrale şi ale celulelor nervoase, prezentând mai ales, acea gravă afecţiune celulară a lui *Nissl («Schwere Nisslsche Zellerkrankung»).* Este vorba de leziuni toxice asemănătoare cu acelea cari se observă la animalele sucombate în hipoglicemie şi cu acelea descrise în creerul uman, în cazurile letale de insulinoterapie.

Stief a emis ipoteza unei suspensiuni a circuitului vital al celulelor nervoase bolnave, prin intermediul vaso-constricţiei care ar rezida la baza accesului de Epilepsie provocată. Această asfixie celulară ar fi urmată de o hiperemie care ar acţiona în sensul excitaţiei.

Georgi insistă asupra fenomenului pe care el îl numeste: deschiderea zăgazurilor celulei («Öffnung der Scheusen»), succedând furtunei metabolice provocată de cardiazol la nivelul membranei neuronale. Ar rezulta astfel, un fel de purificare, constituind factorul cardinal al vindecării psihozei.

Ewald reduce acţiunea şocului cardiazolic la un masaj chimic al centrilor vegetativi superiori.

Vom cita încă, în ordinea explicaţiilor materialiste, teoria isomeriei nervoase, formulată de *Delmas-Marsalet* şi colaboratorii săi, cari consideră criza de cardiazol, ca «o lucrare de dărâmare — reconstrucţie asupra unor procese reversibile».

Unii autori atribue efectele binefăcătoare ale şocurilor de cardiazol, unor factori de ordin psihologic.

După *Kläsi, Briiner*, etc., momentul ieşirii din şocul cardiazolic, ar fi analog deşteptării din criza hipoglicemică şi s'ar preta foarte bine unei psihoterapii adecuate. Această idee nu ni se pare justă, deoarece psihismul unui bolnav care iese din şocul insulinic este mult diferit de acela al unui bolnav care a făcut un şoc de cardiazol.

După şocul hipoglicemic, psihoterapia este posibilă şi activă după cum a arătat *Claude* şi după cum o practicăm, cu toţii, deoarece bolnavii se află într'o stare de labilitate şi luciditate psihică deosebită; dimpotrivă după şocul cardiazolic, bolnavul se află, în majoritatea cazurilor, într'o stare de obnubilare, incompatibilă cu exercitarea psihoterapiei.

Meier, Flinker, Humbert şi *Friedmann, Westermann-Holstein*, etc., susţin că şocul, care pune pe bolnav în alternativa: moarte-viaţă, ar determina vindecarea în tratamentul prin insulină şi cardiazol.

Popea susţine că anxietatea care precede şocul propriu zis, contribue, în mod decisiv, la eficacitatea metodei.

La numeroasele teorii ce s'au făcut asupra chestiunii care ne preocupă, vom adăoga următoarea ipoteză: Perturbările metabolice şi apariţia, în mediul interior, al produselor toxice speciale, caracteristice accesului de epilepsie, ar putea juca rolul de agenţi antitoxici, cari ar neutraliza unele toxine la nivelul corticalităţii şi poate la nivelul altor centri subiacenţi.

Teoriile şi ipotezele citate, conţin poate, o parte de adevăr, dar nici una nu constitue o explicaţie satisfăcătoare şi definitivă.

Forstig a spus despre terapeutica prin şoc insulinic în schizofrenie: «Tratăm o boală necunoscută printr'o metodă necunoscută». Această ob-

servaţie s'ar putea aplica şi terapeuticei prin şoc de cardiazol, atât în schizofrenie cât şi în alte psihoze.

Dacă, aşa cum a zis *Martinet*, terapeutica este singura raţiune de a fi a medicinei, putem să ne mulţumim pentru moment, să obţinem rezultate bune cu o metodă al cărei mecanism de acţiune e în parte necunoscut.

Indicaţiuni şi contra-indicaţiuni

Terapeutica prin Şocuri de cardiazol a fost la început utilizată în tratamentul Schizofreniei şi al Sindromelor Schizoide.

Apoi, metoda a fost aplicată în tratamentul Sindromelor depresive, al stărilor maniacale şi în confuzia mintală.

Contraindicaţiile sunt puţine la număr şi trebuesc observate cu strictete: cardiopatiile, hipertensiunea arterială, tuberculoza pulmonară evolutivă, boalele febrile.

In cazurile tratate de noi nu am avut nici un caz mortal. Se pare că în excepţionalele cazuri semnalate de alţi autori nu s'a ţinut seamă de rigoarea contraindicaţiilor.

Metoda

Tehnica provocării şocului e următoarea: Se injectează intravenos o cantitate de 0.40 sau 0.50 gr. cardiozol în soluţie de 1 sau 2%, dimineaţa pe nemâncate.

Injecţia trebuie făcută repede, cam cu viteza de un cmc. pe secundă.

După cel mult 20 secunde pacientul intră în accesul de epilepsie care începe printr'un foarte scurt acces de tuse, moment de care se profită pentru a introduce între arcadele dentare un tampon care împiedică muşcarea limbii şi contactul prea srtâns între arcade în timpul convulsiunilor.

Accesul se produce în forma obişnuită crizei comiţiale tipice: paloare şi apoi cianoza feţii, contracţa tonică şi miocloniile, care se termină prin rezoluţie musculară şi stertor final. După o foarte scurtă fază confuzională pacientul îşi revine complect la starea anterioară şocului. In accesul tipic inconştienţa şi amnezia sunt de regulă.

Şocul nu se produce întotdeauna. *Trebuie atinsă doza de cardiazol epileptogenă.* Acest punct e important şi delicat pentru cel ce aplică metoda, atât la criza iniţială cât şi la celelalte.

Pentru schizofrenie e necesar un număr de 20 de şocuri şi chiar mai mult pentru a se ajunge la un rezultat terapeutic complect. In celelalte psihoze, succesul se obţine cu un număr mult mai restrâns de crize.

E de notat că în unele cazuri putem observa apariţia unei stări hipomanice după câteva şocuri, în general trecătoare.

Injecţia de cardiazol care nu provoacă accesul epileptic produce la unii bolnavi o stare de anxietate întovărăşită de episode psihozice trecătoare.

Majoritatea autorilor sunt de părere că injecţia neurmată de şoc e fără valoare terapeutică.

In cazurile bune, ameliorarea tabloului psihic se produce dela primele şocuri prin diminuarea autismului, dispariţia insomniei, scăderea agitaţiei, disoluţia ideilor delirante şi a halucinaţiilor. E drept că la alţi bolnavi aceste modificări în bine pot apărea abia spre sfârşitul tratamentului.

In cazurile de remisiune socială şi de ameliorare se obţine numai o restabilire parţială a defectelor psihice.

In sfârşit sunt pacienţi a căror psihoză nu e nici măcar temporar influenţată de şocul de cardiozol.

Aceste consideraţii sunt mai ales valabile pentru schizofrenie, căci în celelalte psihoze scăderea progresivă a intensităţii turburărilor psihice e de regulă şi se observă uneori, după primul şoc. In aceste din urmă psihoze putem observa, ce e drept, una sau două recidive rapide, dar graţie continuării tratamentului vindecarea se consolidează.

Rezultatele

Deşi aplicăm astăzi cardiazolul în multe psihoze, schizofrenia a fost prima indicaţie a metodei, astfel că vom menţiona în primul rând rezultatele dobândite în această boală.

Nu găsim necesar să indicăm statistici ale altor autori, acestea fiind prea numeroase şi oarecum discordante.

Ne vom mulţumi să arătăm rezultatele pe bolnavii trataţi în serviciile noastre.

Pe un prim lot de 19 bolnavi schizofrenici am putut înregistra:

8 vindecări (42%)
4 ameliorări (21%)
7 rezultate nule (37%).

Pe un al doilea lot de 30 bolnavi:
9 vindecări (30%)
9 remisiuni sociale (30%)
5 ameliorări (16%)
7 rezultate nule (23%).

Cele mai multe succese terapeutice se obţin la bolnavii cu cel mult 6 luni de evoluţie a boalei. De la 6 luni la un an numărul şanselor de succes se reduce cam la o treime din ceiace s'ar fi putut obţine în primele şase luni.

Există, bineînţeles, ameliorări sau remisiuni sociale de la 1 an la 2 ani şi chiar de la 2 ani în sus; ele sunt mai rare şi nu depăşesc 3%.

Frecvenţa recidivelor e cam de 9%. Recidiva minimă s'a instalat după 10 zile de la succesul terapeutic iar cea maximă la 120 zile.

In alte psihoze decât schizofrenia şi în special în sindromele depresive, maniace şi confuzionale, rezultalele obţinute prin tratamentul cardiazolic sunt mult mai fericite aşa cum se poate vedea din alte două loturi de bolnavi.

In primul, referitor la 25 cazuri n'am avut decât două rezultate nule (o manie cronică evoluând de trei ani şi alta de zece ani).

Toţi ceilalţi bolnavi au fost vindecaţi după un număr de 3 până la 9 şocuri.

Un al doilea grup de pacienţi (25) cuprinzând 18 cazuri de sindrom depresiv, 4 cazuri de sindrom maniac şi 3 cazuri de sindrom confuzional a arătat 24 vindecări şi o ameliorare.

Se vede prin urmare că proporţia de succese terapeutice în psihozele neschizofrenice tinde să se apropie, graţie terapiei cardiazolice, de sută la sută.

Ne lipseşte oarecum perspectiva timpului, necesară spre a judeca în adevărata ei valoare acţiunea curativă a cardiazolului în psihoze.

Vechimea vindecărilor şi ameliorărilor observate de noi oscilează între 6 luni şi 2 ani.

* * *

Desigur că terapeutica prin şoc de cardiazol, trebue să rămână rezervată specialiştilor, din cauza technicei ei dificile şi a marei responsabilităţi ce incumbă practicarea ei.

Nu este însă mai puţin adevărat că ea trebue cunoscută principial, de toţi medicii practicieni şi ingienişti atât pentru cultura medicală generală pe care medicii ţin să o aibă, cât şi pentru îndrumările ce ei sunt obligaţi să dea bolnavilor de toate categoriile.

De aceia am găsit potrivit să publicăm acest articol într'o revistă de medicină generală.

BIBLIOGRAFII

L'année thérapeutique. Médications et procédés nouveaux par **A. Ravina.** Quatorzième année, 1939. *Masson et C-ie,* Un volum de 204 pag . . . . . $ 0070

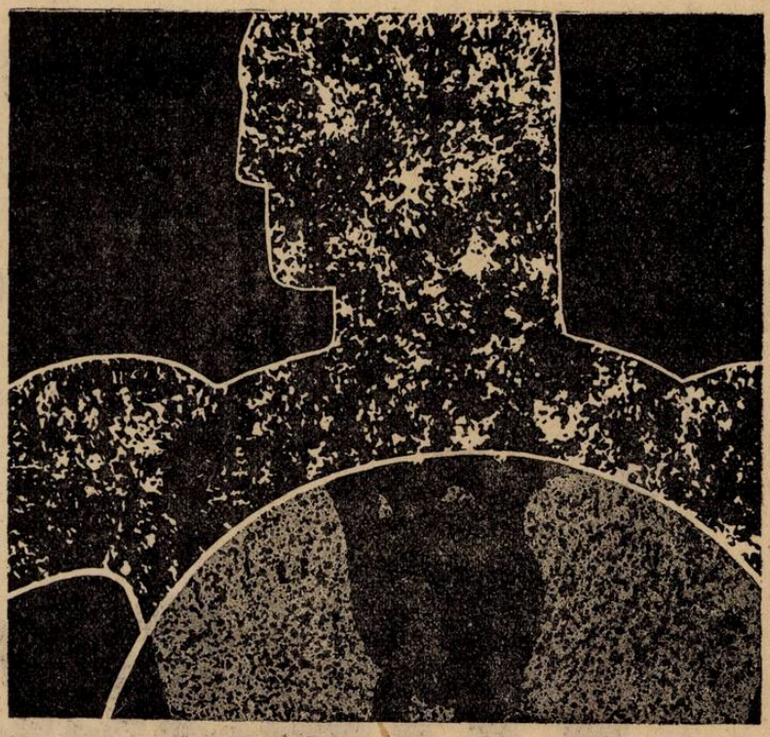
A apărut cu aceeaşi exactitate ca şi în anii precedenţi.

Este o culegere în care au fost grupate şi rezumate pentru practician toate faptele noui de ordin terapeutic publicate în cursul anului 1939.

Această lucrare contribue deoparte să facă cunoscute toate technicele noui de aplicare imediată şi uşoară; pe de alta, să indice orientările actuale ale terapeuticei.

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii



la edeme cu geneză

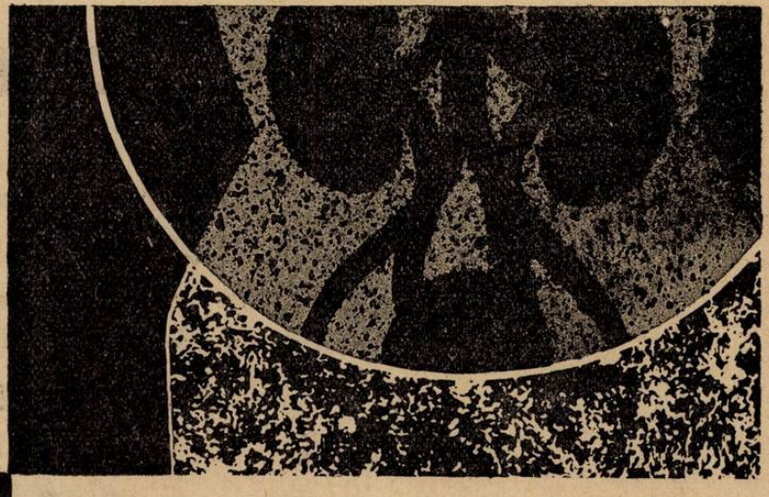
cardiacă şi renală,

la afecţiunile miocardului,

la curele de slăbire

cu

Iod-Calcium-Diuretină



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen / Rin.

Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi 1-2 tablete după masă (mai bine se vor lua cu ceva lichid, ca lapte, etc.).

Admis şi de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

Eşantioane şi literatură prin:

„KNOLL" S. A. R., Produse chimico-farmaceutice
BUCUREŞTI III, Str. Atena No. 29.

Refacerea terenului

înainte şi după

MALADIILE INFECŢIOASE

INTOXICAŢIUNILE

la toţi astenicii

VITASCORBOL

Acid ℓ-ascorbic
(Vitamina C)

VITAMINA REFACERILOR CELULARE

CALE BUCALĂ :

COMPRIMATE dozate la 0,05 g. *(tuburi cu 20)*

CALE INTRAVENOASĂ ŞI PARENTERALĂ :

SOLUŢIE de 5 % (fiole de 1 şi 2 cc) *cutii cu 10*
SOLUŢIE de 10 % (fiole de 5 cc.) *cutii cu 3*

POSOLOGIE :

CALE BUCALĂ : COPII : 1 la 2 comprimate *pro die*
ADULŢI : 2 la 4 comprimate *pro die*

CALE PARENTERALĂ : 0,10 g. la 0,50 g. *pro die*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE - **specia** - MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (VIIIe)

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Novocainizarea arterei femorale în tratamentul ulcerelor varicoase

Dr. ION FLORIAN

Ulcerul varicos al gambei este o complicaţie frecventă şi serioasă a varicelor membrelor inferioare.

La consultaţiile de venologie ce facem împreună cu d. dr. *Cureleanu* la Asigurările Sociale ne lovim des, de acest accident ce prezintă o mare rezistenţă la tratament.

Vindecarea acestor ulcere este o problemă de terapeutică cu importanţă socială întrucât le găsim mai ales la cei din clasa muncitoare săracă cărora le reduce randamentul şi în acelaşi timp împovărează bugetul instituţiilor prin îndelungatele îngrijiri ce necesită şi cari duc rareori la rezultate complete sau durabile.

După cercetările lui *Delater*, a lui *Quisterne* şi altor autori, e probabil să fie vorba de o trofonevroză provocată de compresiunea şi alterarea terminaţiilor nervoase din pereţii ectaziilor venoase şi din ţesuturile fibrocaloase periectazice.

Delater citează pe *Proust*, *Lhermitte* şi *Nabias* cari au găsit în nervii din jurul ulcusului că azonii adrenergici erau intacţi, pe când cei colinergici, mielinici erau degeneraţi.

De aci putem deduce că în aceste zone va naşte un reflex vasomotor constrictiv pe artere, provocând o stază venoasă. Staza sanghină şi reflexul trofoneurotic iată cele două cauze locale provocatoare de ulcer varicos.

La acestea se adaugă cauzele generale. In primul rând geno-tipul individului, adică moştenirea ereditară, şi ştim că varicele se transmit ca un caracter dominant la eterozicoţi. In ce priveşte biotipul varicosului, *Pende* a arătat că în special brachitipii, astenici, icoplastici, fac o ipertensiune venoasă constituţională, cu tendinţe la acrocianoză şi maladie varicoasă.

Profesia are un rol localizator important, de oarece măreşte staza venoasă prin ortostatismul prelungit şi prin acea oboseală industrială ce duce la auto-intoxicaţie de origină musculară.

Igiena generală şi mai ales cea alimentară, cu ipo-vitaminoză A, B. şi C. va provoca respectiv fragilitate epidermică, trofonevrite şi slaba rezistenţă la infecţii, cei trei factori necesari pentru apariţia ulcerelor.

In greaua luptă pe care o ducem zi de zi pentru tratarea cu slabele mijloace de care dispunem pe cei săraci, trebuie să ne ingeniem a găsi metode terapeutice noi, care să poată lucra şi fără celelalte recomandaţii costisitoare şi irealizabile în condiţiunile sociale de azi ale clasei muncitoare.

In acest scop aplicăm de aproape doi ani în colaborare cu Dr. *Cureleanu* un nou tratament al ulcerelor varicoase care ne-a dat rezultate bune în câmpul muncei.

Procedeul a fost deja comunicat în 1939 de noi la Soc. de Chirurgie sub următorul titlu: «Un nou procedeu pentru vindecarea ulcerelor varicoase ale gambelor».

Revenim asupra lui în acest articol pentru a-l recomanda din nou confraţilor noştri; experienţa timpului arătându-ne că este eficace, uşor de aplicat în practică şi fără riscuri pentru bolnavi.

Technica este următoarea: bolnavul în decubit dorsal îşi descopere regiunea crurală superioară de partea membrului bolnav. I se palpează artera femorală în triunghiul lui Scarpa şi odată găsită, se izolează oarecum, cu degetele mânei stângi, se tincturează pielea şi se punctionează cu un ac lung de 4—5 cm. subţire şi cu bizoul scurt introducând acul până ce simţim contactul unui perete elastic. Lăsăm acul liber şi observăm dacă pavilonul său oscilează sincron cu pulsaţiile bolnavului, ceiace denotă că suntem în peretele arterei. La acul fixat în peretele arterei adaptăm o siringă cu 10 cmc. de soluţie novocainã, 0,50% aspirăm ca să controlăm dacă nu am trecut în lumenul arterei şi apoi injectăm încet soluţia. Greşelile posibile sunt:

1. Să perforăm peretele arterei ceiace nu e grav. Retragem acul imediat şi comprimăm orificiul până la oprirea emoragiei.

2) Incepem injecţia bine, dar trecem în arteră în timpul infiltraţiei. Vom controla prin aspiraţii succesive, spre a evita aceasta, retrăgânu-se acul la timp.

In orice caz chiar introducerea în circulaţie a acestei soluţii slabe de novocainã nu dă loc la accidente grave, ci numai la fenomene neplăcute, congestive. *Lériche* introduce uneori novocainã intraarterial la fracturi şi infecţii ale membrelor.

3. Facem injecţia prea superficial şi nu infiltrăm îndeajuns ţesuturile periarteriale, deci este ineficace.

Abilitatea technică se capătă uşor. Bolnavul poate pleca imediat fără nici un fel de turburare. Dacă injecţia este bine făcută se produce de obicei o congestie a membrului inferior, cu sudoraţie locală şi o analgezie dacă sunt dureri.

Injecţiile se repetă la două trei zile şi le alternăm cu flebosclerozа pachetelor varicoase, căutând să obstruăm în special varicele venelor ce colectează sângele din zona ulcerată spre a înlătura acel sânge de stază. Se pare că din contactul prelungit al acestui sânge cu ţesuturile se desvoltă un antigen sensibilizant. care contribue la producerea trofodermozei şi prepară terenul pentru ulceraţie.

Rezultatele sunt bune. In aceşti doi ani, am îngrijit aproximativ 100 de bolnavi la dispensarul Albert-Tomas şi câţiva în cabinet. Erau bolnavi la care diversele tratamente eşuaseră, ulcerele erau vechi, tăiate profund în ţesuturi caloase, cu suprafeţe întinse dela 2—10 cm. ocupând uneori o treime din faţa internă a gambei.

Am putea spunea că 90% s'au vindecat complet, în 2—3 săptămâni până la 1—2 luni, — fără clinoterapie şi fără ameliorarea alimentaţiei sau a igienei corporale şi profesionale.

Bolnavii de cabinet au avut toţi o vindecare rapidă şi definitivă.

Cei din Asigurări au suferit recidive într'un procent de aproximativ 20%, din pricina grelelor condiţii în care lucrăm şi cari neutralizează în mare parte eficacitatea acestui tratament.

Am ajuns la aplicarea acestei metode, inspirându-ne de la *Lériche*, care într'un articol din Presse medicale din 5 Noembrie 1938 arăta bunele efecte ale infiltraţiei novocainice în entorse, traumatisme limfangite şi infecţii grave ale membrelor.

El arăta în acel articol că novocaina şi corpii similari sunt agenţi vasodilatatori. Când atinge elementele simpatice, novocaina suspendă activitatea lor tonică şi în teritoriul corespondent apare un regim de vaso-dilataţie activă. Cum ştiam că ulceraţiile varicoase se formează într'o regiune în care elementul predominant pare să fie simpaticul cu efectele sale vasoconstrictoare arteriale, ne-am gândit să modificăm regimul circulator al regiunei bolnave.

De aci aplicarea infiltraţiei periarteriale novocainice la femorală pentru a influenţa tot simpaticul membrului inferior şi a normaliza inervaţia viciată a arterelor şi venelor sale. Se produce o simpaticoliză chimică urmată de o irigaţie arterială mai activă a membrului şi de primenirea sângelui de stază din pungile varicoase.

Nu putem să aducem o dovadă mai bună în sprijinul technicei noastre decât reproducând cele declarate de d-l dr. *Ştefan Popescu* la Soc. de chi

rurgie cu ocazia comunicărei noastre. Domnia-sa spunea: «cunosc 4 bolnavi prezentaţi de d-l *Cureleanu* şi *Florian* cari au fost îngrijiţi timp de 2—4 ani în serviciul consultaţiilor chirurgicale de la Asigurări care este sub direcţia mea. Aceşti bolnavi prezentau ulcere foarte întinse ale gambei cu edem. La unul din ei, s'a încercat o simpatectomie peri-femorală şi apoi lombo-sacrată, însă cu rezultate trecătoare. Toţi aceşti bolnavi au fost trimişi pentru a li se aplica tratamentul preconizat de d-l *Cureleanu* şi *Florian* cu rezultatele pe care le văd astăzi satisfăcătoare.

Vom încerca să găsim substanţe mai active şi mai durabile ca novocaina. Credem că atunci metoda Lériche aplicată de noi în aceste cazuri, *va da rezultate rapide şi definitive, la toţi bolnavii trataţi.*

CONSIDERAŢIUNI ASUPRA GINECOMASTIEI *)

de Dr. V. PLĂTĂREANU, Drd. M. HOEPHNER şi Drd. ELENA FOPATANASE

Prin termenul de «ginecomastie», care a fost creat de *Paul din Egina*, se înţelege *hipertrofia sânului la bărbat.* Studiul mai amănunţit al ginecomastiei începe cu lucrarea lui *Renaudin*, publicată în 1797. Au urmat apoi consemnările lui *Villeneuve, Nélaton, d'Horteloup, Lereboulet* (1877), *Olfan* (1880), *Laurent* (1888), *Schumann* (1894), *Bouchereau* (1894), *Whelan* (1909), *Passydzwiesky* (1909), *Bogolionbof* (1909), *Mayer* (1910); iar mai recent cele ale lui *Basilliari, Gambetta* şi *Ingleby, Parhon* şi colaboratorii săi.

Ginecomastia este o afecţiune destul de rară. *Puech* a găsit un caz la 13.000 soldaţi examinaţi. Ea poate fi uni-sau bilaterală. *Gruber* pe 45 cazuri a găsit 5 cazuri în dreapta şi 5 în stânga.

Data apariţiei ginecomastiei este variabilă. S'a citat un caz când a apărut la etatea de 2 ani *(Basilliari* şi *Gambetta). Olphan* a observat un caz la un copil de 4 ani. In general această afecţiune apare în perioada adolescenţei, deşi s'a putut observa apariţia şi la o etate mai înaintată.

In studierea cauzelor ce provoacă ginecomastia, s'a ţinut seamă de formele zise primitive şi de cele secundare *(Gruber).*

I. *Formele primitive* — care apar spontan în epoca pubertăţii — pot recunoaşte drept cauze următorii factori:

a) *atavismul,* conceput de *Darwin* şi susţinut de *Testut,* prin faptul că se află încă atâtea specii animale la care alăptarea este un fenomen comun atât la bărbat ca şi la femei;

b) *hereditatea* a fost arătată de *Schulman* prin *Häller,* ca având un rol important;

c) *tuberculoza pulmonară şi întârzierea sau lipsa de desvoltare mintală* (Antigoni Rossi) au fost recunoscute, deasemeni, drept cauze posibile în această afecţiune.

II. *Formele secundare* recunosc o altă serie de cauze, printre care au fost citate:

a) *Leziuni congenitale testiculare.* Astfel *Le Dentu* a citat un caz de ginecomastie apărut la un individ cu *ectopie testiculară.*

Liègeois a găsit un caz unde ginecomastia coexistă cu o *micro-orhidie bilaterală.*

Wagner a citat un caz de ginecomastie cu o *hipertrofie a membrului superior* de aceeaşi parte.

Pseudohermafroditii masculi au fost deasemeni citaţi (Amédée Baumgarten, Erdheim).

b) *Leziunile dobândite ale testiculului.* Dintre acestea au fost întâlnite:

Tuberculoza şi *blenoragia epididimară (Baumgarten);*

Sifilisul şi mai ales *oreillon*-ul au fost menţionate de către *Lereboullet* şi *Girard.*

Traumatismele genitale au fost observate în cazurile lui *Boucheron* şi *Baumgarten.*

Castraţia bilaterală, practicată pentru afecţiuni testiculare bilaterale, a dus adeseaori, în epoca pubertăţii, la apariţia ginecomastiei *(Herzenberg, Gambetta, Basilliari).*

Tumorile maligne testiculare, deasemeni, se pot însoţi de ginecomastie. *Herzenberg, Hartmann* şi *Peyrou* au citat cazuri de «*coriepitelioma*» ale testiculului însoţit de hipertrofia sânului la bărbaţi.

Din punct de vedere patogenic este destul de greu a face precizări, întrucât am văzut că cele mai diferite cauze — inflamaţiile, traumatismele, neoplaziile, castraţia, etc. — pot determina ginecomastia. Oricum s'ar prezenta aceasta — primitivă sau secundară,— pare neîndoios că, o turburare în echilibrul glandelor endocrine trebue să existe.

Se ştie, astfel, că atrofierea celulelor ectodermice, care urmează a constitui glanda mamară de mai târziu, la bărbaţi, se găseşte sub imperiul acelui proces subtil de transformări, denumit *diferenţiere sexuală.*

Menţinerea însăşi, în stare de atrofie glandulară la bărbat, tot timpul vieţii, se datoreşte tot aceluiaş proces. Deci, orice modificare patologică, trebue privită prin aceeaşi prismă.

Este foarte adevărat că, faptele de observaţie vin să confirme, în majoritatea cazurilor, corelaţia dintre glanda testiculară şi procesul de hipertrofie mamară la bărbat.

S'a presupus că secreţia internă testiculară ar fi un element frenator în desvoltarea glandei mamare la bărbat. Cazul nostru însă nu vine să confirme aceste fapte, întrucât, ginecomastul citat avea, nu numai ambele testicule normale — din punct de vedere anatomic şi funcţional, — dar avea atât libidoul cât şi caracterele sexuale foarte bine conservate.

Deasemeni, faptul că nu toţi castraţii sau toţi cei care au fost sau sunt purtători ai unei afecţiuni testiculare devin ginecomaşti, ne face să credem că mecanismul apariţiei acestei anomalii, se situează dincolo de sfera acţiunei hormonului testicular.

Ca şi în cazurile de macro-sau micro-mastie la femei, trebue să ne întrebăm, ca şi Prof. *Parhon* şi colaboratorii săi, dacă centrii nervoşi sau vegetativi nu ar avea o influenţă asupra glandei mamare. Cazurile de encefalită urmate de macromastie precoce *(Elena Derewici, Constanţa Parhon-Ştefănescu),* vin însprijinul acestei prezumţiuni.

Faptele de observaţie au mai stabilit, deasemeni, că lipsa testiculilor nu aduce numai pierderea masculinităţii, ci se însoţeşte de apariţia caracterelor sexuale femenine, ceea ce dovedeşte că dincolo de sfera de acţiune a hormonului testicular, intervine un alt generator şi regulator al hormonilor sexuali. Acest generator ar armoniza caracterele secundare sexuale şi ar întreţine buna şi normala desvoltare şi funcţionare a organelor menite să înfăptuiască cerinţele fiecărui sex în parte, în toată evoluţia vieţii.

Noi credem că rolul ante-hipofizei nu poate fi exclus în cazurile de ginecomastie, ba poate fi chiar unicul generator al acestei anomalii.

De altfel, după *Corner,* hipofiza intervine la femee, atât în *desvoltarea glandei mamare* cât şi în *procesul lactaţiei.*

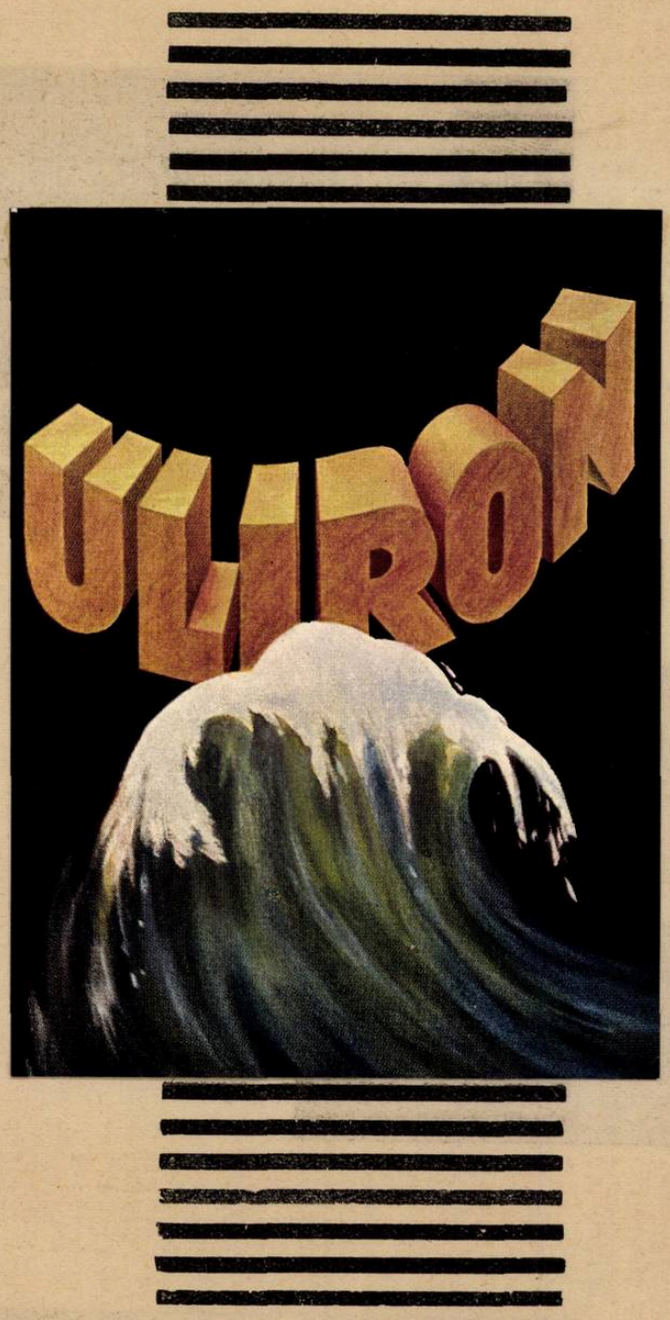
Lewis, Turner şi *Gomez* au admis că *hipofiza secretă o substanţă prin intermediul căreia foliculina şi-ar putea exercita funcţiunea asupra glandei mamare.*

Este posibil, deci, că *acţiunea frenatorie a hormonului testicular să se facă tot prin intermediul sau cu ajutorul unui hormon ante-hipofizar.*

Lipsa sau hiposecreţia acestuia din urmă, ar scoate glanda mamară de sub influenţa testiculară, chiar când acestea sunt normale din punct de vedere hormonal.

Deasemeni, când hormonii testiculari ar fi în deficienţă sau ar lipsi complect (ca în castraţia bilaterală), *acesî ciclu cu caracter «inhibitor» asupra*

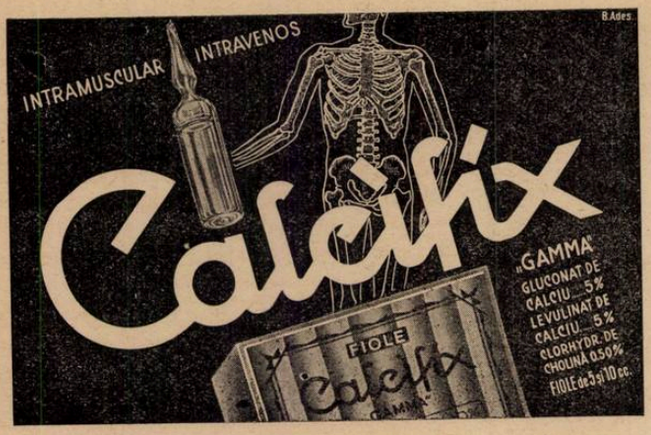
*) *Lucrare din Serviciul de chirurgie de urgenţă Spit. «Dr. Cantacuzino». Medic Primar Dr.* V. M (Plătăreanu.



Pentru tratamentul eficace,
pe cale bucală,
a BLENORAGIEI

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86.



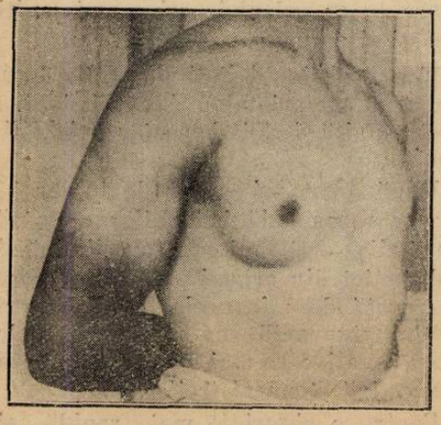
Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Bucureşti IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

mamelei masculine, nu s'ar mai putea face şi elementele «excitatorii» şi-ar recăpăta dreptul de acţiune.

Insă acestui mod de a vedea lucrurile i s'ar opune faptul că există şi cazuri de ginecomastie unilaterală, ceea ce ar infirma prezumţia de mai sus.

Dar, *numeroasele diferenţe de formă, volum şi constituţie dintre glandele mamare ale aceluiaş ginecomast, ca şi existenţa hipertrofiei mamare unilaterală, face posibil admiterea şi a unui factor local, care uneori poate trece neobservat* (infecţiuni, traumatisme, resturi embrionare mai importante numeric sau cu un potenţial morfologic mai mare, etc.), *factor care ar juca un rol important în determinarea hipertrofiei glandei mamare.*

Din punct de vedere *anatomopatologic* s'au putut remarca următoarele fapte: volumul poate fi variabil. S'au menţionat hipertrofii mamare ale căror diametru au variat dela 4 cm. până la 13 cm. In cazul nostru, a cărui observaţie o vom reda mai jos, hipertrofia sânului afectat atingea aproape dimensiunile unei jumătăţi de portocale mari.



In ceea ce priveşte greutatea, ea poate fi variabilă dela 40 gr. (cazul lui *Schreiber*) până la 110 gr. *(Grueber)*. Aceste cifre apar ca foarte importante, dacă se ţine seamă că glanda mamară la bărbat, în mod normal abia atinge greutatea de 8 gr. *(Köliker)*.

In ceea ce priveşte aspectul, sânii hipertrofiaţi la bărbat, au fost comparaţi cu cei ai tinerelor fete. *Pétrequin* a citat cazul unui om din Pavia, la care sânii hipertrofiaţi erau mari şi căzuţi, producând chiar o jenă deosebită, fapt care a determinat amputaţia bilaterală.

Din punct de vedere histologic, examenele hipertrofiei mamare la bărbat, au arătat fapte interesante. La ginecomaşii tineri, *Grüber* a găsit pe deoparte *elementele conjonctive*, ce formau stroma, destul de bine desvoltată şi cu caracter normale; iar pe dealtă parte *canale galactofore*, în număr de 15-20, ce merg subdivizându-se dicotomie, până la periferia glandei mamare, unde se termină cu 2-3 funduri oarbe în formă de «cecum» sau în formă de «măciucă».

Vezicule glandulare normale, însă, nu a observat niciodată.

Acelaş autor a găsit la *ginecomaştii vârstnici* un *ţesut fibros*, abundent desvoltat în dauna canalelor galactofore, care cu timpul *se atrofiază*, suferind o degenerescenţă grasă.

In mod obişnuit, elementele histologice tubulare, ar avea în cursul evoluţiei ginecomastiei un caracter progresiv.

Perrat şi *Tripier* care au examinat cazul lui *Bouchereau* (1908), au remarcat deasemeni un ţesut conjonctiv, însă aşezat mai dens, cu fibre groase ondulate şi dispuse excentric în jurul canalelor galactofore. In această masă nu se observa, nici celule conjonctive, nici celule încărcate cu grăsime.

Tubii glandulari erau diseminaţi, neregulat, în această masă fibroasă, iar celulele lor formatrice erau alungite, cilindrice şi dispuse pe unul sau mai multe rânduri.

Prin părţile centrale există acini bine caracterizaţi.

Tripier compară desvoltarea glandulară a acestui caz, cu aceea a mamelei unei femei bătrâne care a alăptat.

Alţi autori au găsit, fie numai ţesut fibros *(Remy)*, fie numai grăsos *(Cloquet)*. *Delbet* a atras atenţiunea că nu există o limită perfectă de demarcaţie între histologia ginecomastiei şi a sânului tinerelor fete, unde, deasemeni, domină elementul conjonctiv, faţă de cel glandular. Ginecomastia s'ar deosebi numai de sânul femenin în perioadele de gestaţie sau lactaţie.

Plecând dela această diferenţă histologică şi funcţională între hipertrofia sânului la bărbat şi cel de femee, *Schulmann* a găsit termenul de «gynecomastie» impropriu. Totuşi, faptele de observaţie care au dovedit că în unele cazuri prin secreţiune fortuită, unii ginecomaşti au avut un fel de secreţie lactată, au făcut pe unii autori să considere, totuşi, hipertrofia mamară masculină ca o glandă mamară adevărată. Studiile histologice mai recente, dintre care amintim pe ale lui *Moulonguet*, distinge o formă de *hipertrofie epitelială* şi alta *conjonctivă*

Hipertrofia elementului epitelial ar fi la rândul ei de două feluri: 1) *O formă ordonată* în care *atât canalele*, cât şi *elementele acinoase* ar fi într'un echilibru morfologic, aproape ca la glanda mamară feminină, cu deosebirea numai că celulele acinoase păstrează un aspect *presecretoriu;* 2) o formă de *hipertrofie epitelială* răspândită care îi dă un *caracter de adenom difuz*. Această hipertrofie difuză ar consta mai mult dintr'o proliferare a elementelor epiteliale secretorii.

Forma de hipertrofie conjonctivală constă dintr'un exces de desvoltare fibrocelulară, în care acinii rămân izolaţi şi rari ca nişte insule, fără semne de hipertrofiere.

Din punct de vedere clinic hipertrofia mamară are debut insidios. Glanda creşte în volum foarte lent. Durerea spontană este excepţională şi rareori se găseşte la palpare. Sânul deşi creşte în volum, aspectul lui exterior însă este normal. Atunci când hipertrofia mamară se exagerează şi apare adenofibromul, aceleaşi caractere clinice se păstrează. Tumora rămâne tot timpul mobilă atât pe planurile profunde, cât şi pe ţesutul celulo-grăsos subtegumentar.

Adesea, ceea ce hotăreşte pe bolnav să consulte medicul este numai mărirea perceptibilă a volumului uneia sau a ambelor mamele.

Diagnosticul pozitiv al ginecomastiei se pune pe simptomatologia de mai sus. In ceea ce priveşte stabilirea precisă a naturii hipertrofiei glandulare — dacă ea a rămas la simpla ginecomastie sau a trecut în cadrul neoplaziilor mixte, benigne (adeno-fibrom-adenom) — se poate evidenţia prin amănunţite examene clinice şi microscopice.

Diagnosticul diferenţial se face cu:

1) *Falsele ginecomastii ale oamenilor obezi.* Aci se găseşte un panicul grăsos foarte dezvoltat, dar fără glandă mamară hipertrofiată.

2) *Tuberculomele sau chistele glandei mamare.* Examenul obiectiv amănunţit şi antecedentele, consistenţa şi celelalte semne clinice, ne pun pe calea cea bună, uneori.

3) *Tumorile maligne.* In ceeace priveşte diagnosticul diferenţial cu *tumorile epiteliale maligne* — aceasta se poate face adesea uşor, dată fiind prezenta metastazelor ganglionare, evoluţia rapidă, prinderea tegumentelor şi a planurilor profunde. In ceeace priveşte *sarcomele* incipiente, ele sunt — cel puţin la început — de un diagnostic mai delicat, prin faptul că nu se însoţesc în deobşte de metastaze ganglionare. Duritatea inegală a glanei mamare, evoluţia rapidă constituirea unei circulaţii venoase laterale, hipertermia locală şi alterarea stării generale, ne pot pune pe calea unui diagnostic prezumtiv.

4) *Sifilisul mamar* se poatee diagnostica prin antecedente şi reacţiunea *Bordel-Wassermann.*

5) *Actinomicoza mamară*, care se găseşte în mediul rural, constitue la început un diagnostic foarte delicat.

In cazul prezenţei unor leziuni asemănătoare şi în alte regiuni, diagnosticul prin tratamentul de probă cu Iodar de Na, poate fi încercat.

6. *Procesele inflamatorii* (mastitele) se pot deosebi prin caracterele locale şi evoluţie.

Prognosticul este în funcţie de fiecare caz în parte.

Evoluţia atât a ginecomastiei, cât şi a adenofibroamelor la bărbat are un mers lung şi în deobşte cu caractere benigne, ceeace nu exclude posibilitatea *complicaţiilor.*

In ceeace priveşte aceste din urmă accidente, este demn de amintit că hipertrofia mamară la bărbat se poate însoţi de *infecţii* (mastite difuze, abcese, etc.) sau *tumori solide* cu caracter *benign* (fibrom, adenom, etc.) *chiste* (chiste adenoame) sau să facă de generescenţe benigne (hialine, grăsoase, coloide, etc.

Degenerescenţele maligne epiteliale deasemeni nu sunt excluse. Cea mai des întâlnită este «*cancerul*» cu punct de plecare din epiteliul secretoriu sau excretoriu (în acest sens este demn de amintit cazul dr. *V. Gomoiu;* d-rii *Plătăreanu, Albu* şi *Porumbaru).*

Degenerescenţa sarcomatoasă este posibilă şi se traduce printr'o evoluţie rapidă şi ulceraţia mecanică a pielei. Acest semn rămâne oarecum patognomonic.

Tratament. Singurul tratament indicat, este cel chirurgical. Când situaţia tumorei o permite, se recomandă extirparea estetică a glandei mamare. In cazuri de degenerescenţă malignă evidenţă, se face ablaţia sânului, întocmai ca la femee. In aceste cazuri noi ne comportăm, după cum se ştie, făcând extirparea redusă, urmată de radioterapie cu rezultate foarte bune.

Dăm mai jos observaţia cazului nostru, pe care o socotim importantă, atât prin aspectul său clinic, cât şi prin rari tatea cazului în sine.

Este vorba de bolnavul B. G. de 25 de ani, tâmplar, care vine în serviciul nostru în ziua de 15 Septembrie 1933, pentru:

mărire de volum a mamelei drepte şi pentru uşoare dureri la palpare la acest nivel.

Ant. H. C., fără importanţă.

Ant. Pers. Neagă orice maladie infecto-contagioasă. Blenoragie la 25 ani. E în curs de tratament.

Istoric. De un an, bolnavul a observat o creştere lentă şi progresivă a volumului mamelei drepte, care a ajuns actualmente la mărimea unei jumătăţi de portocală. In tot acest timp n'a avut dureri spontane, numai palpare sau atingerea întâmplătoare a regiunii îi dădea oarecare jenă. Pentru aceasta se internează în serviciul nostru cu următoarea stare prezentă:

Bolnavul normal dezvoltat, cu tegumentele şi mucoasele normal colorate, ţesutul celulo-adipos normal. Sistemul musculos-osos integru. Corpul tiroid în limite normale. Afebril. Stare generală bună.

Examenul local: La inspecţie: se observă: mamela dreaptă mărită de volum (faţă de cea stângă care e normală), atingând dimensiunile unei jumătăţi de portocală. Tegumentele la acest nivel sunt de aspect normal. Areola mamelonară e normal pigmentată. Mamelonul este cilindric şi normal. La palpare pielea e fină, mobilă Se simte o formaţiune glandulară uşor neregulată care lunecă liber pe planurile profunde. Această compresie pe mamelă dă bolnavului uşoare dureri şi nu aduce nici o secreţie. Examenul ganglionilor axilari şi supraclaviculari, de aceeaşi parte şi de partea opusă nu arată nimic deosebit.

La examenul organelor genitale, atât din punct de vedere somatic, bolnavul nu prezintă nimic patologic. Libidou-l normal. Toate caracterele sexuale secundare sunt normal dezvoltate şi nu au suferit nici o modificare în cursul evoluţiei afecţiunei actuale.

La examenul celorlalte aparate nu se observă nimic patologic.

Sistemul nervos normal.

Ureea în sânge 0,30 ctgr °/oo.

B. Wassermann în sânge: negativă.

Urina normală.

Titrarea hormonilor, printr'un accident neprevăzut, nu l'am putut obţine.

Pe baza examenului clinic se pune diagnosticul de «Hipertrofie a glandei mamare drepte» şi se hotărăşte extirparea chirurgicală a glandei, care are loc pe ziua de 19 Septembrie 1939, operatori fiind d-nii dr. Plătăreanu şi dr. Popatanase.

Protocol operator No. 336/939.

Sub anestezie generală cu eter, se practică o incizie a tegumentelor, semicirculară, care pleacă din axilă, pe marginea brahială a pectoralului mare şi marginea externă a sânului, mergând pe pliul mamar până la circa 5 cm. de setrn. Se răstoarnă sânul, se disecă glanda, apoi se extirpează în întregime, reaplicându-se tegumentele cu ţesutul celular subjacent, peste aponevroza pectorală rămasă, aceasta pentru a obţine şi un rezultat estetic. Se apropie buzele incizici cu câteva fire de setolină puse la distanţe de 2—3 cm. Se lasă meşe pentru drenajul suprafeţei sângerânde. Intre firele de setolină se pun agrafe Michel. Pansament.

Evoluţie post-operatorie normală, bolnavul pleacă, în a opta zi de operaţie, complect vindecat. Este revăzut după o lună şi nu se găseşte nimic anormal.

Examenul anatomo-patologic macroscopic arată o glandă mărită de volumul unei jumătăţi de portocală, acoperită de un panicul adipos, care a permis extirparea ei fără greutate. Are o consistenţă semi-elastică, uniformă, la secţiune culoare albă-gălbue, greutate 180 gr.

Examenul anatomo-patologic microscopic, pe care-l face laboratorul d-lui profesor dr. Crăciun, ne indică:

«Fibro-adenom mamar cu dilataţiuni chistice glandulare şi mici proliferări papilifere».

Contribuţiuni la tratamentul infecţiunilor gonococice cu Uliron *)

de Dr. CIRIL POPOVICI

Am experimentat pe un număr de 166 bolnavi ai Clinicei Genito-Urinare Spitalul Sf. Spiridon din Iosi, în decurs de un an jumătate efectele preparatului *Uliron* «Bayer» în diferite afecţiuni gonococice.

Dintre 166 bolnavi, 84 prezentau uretrite acute, 15 uretrite cronice şi infecţiuni latente ale glandelor anexe, 25 epididimite acute gonococice, 10 prostatite şi abcese ale prostatei, 7 ar trite, 3 uretrite nespecifice şi 10 afecţiuni diferite. La femei s'a aplicat în 12 cazuri, dintre care 8 cu infecţiuni genitale complicate cu infecţiuni anexiale şi 4 vulvo-vaginite la fetiţe până la 10 ani.

In întrebuinţarea tratamentului s'au aplicat mai multe scheme de tratament, dintre care recomandăm următoarea, care s'a dovedit a fi cea mai eficace, mai ales că este corespunzătoare cu experienţele celor mai mulţi autori şi anume:

12 gr. substanţă în 4 zile. Câte 3 gr pe zi (6 comprimate). Această doză a fost numită de Fischer *atac prin Uliron*).*

După acest prim atac de 10 sau 12 gr. se recomandă bolnavilor o pauză de 7 zile — timpul necesar eliminării substanţei din organism — după care se repetă doza în acelaş mod. Uneori pentru siguranţă, sau când rezultatele erau negative, se mai făcea după pauza respectivă şi un al treilea atac.

Pentru o absorbţie mai rapidă şi mai complectă, comprimatele se dădeau însoţite de o cantitate mare de apă. Din aceste motive, se asociază bicarbonatul de sodă (0.50 gr. la 2 comprimate Uliron). In timpul tratamentului s'a evitat administrarea de purgative saline, literatura dând cazuri de sulfohemoglobinemie în urma ingerării concomitente a ambelor substanţe.

In majoritatea cazurilor s'a asociat tratamentului chimioterapeutic local sau general fie cu spălături uretro-vezicale în cazul uretritelor acute sau cronice, cu instilaţii, masagii în cazul uretritelor, litritelor şi prostatitelor cronice sau cu piretoterapie, diatermie, Röntgen etc. Totuşi, într'un număr destul de mare de cazuri, n'am asociat nici un alt tratament chimioterapeutic.

Unde a fost necesar, am asociat chi-

*) *Lucrare făcută în Clinica Dermato-venerică a Spitalului Sf. Spiridon, Iaşi; Dir. Prof. Dr.* M. Ştefănescu-Galaţi

*) *C. Fischer,* Fortschr. der Therapie No. 10, pag. 355.

mioterapiei şi proteinoterapia (sub formă de vaccin antimeningococic în doze mici), subcutane sau lapte intra muscular în doze mici, pentru a stimula forţele defensive ale organismului. Pentru aceleaşi motive, repausul, alimentaţia raţională, evitarea oricărui congestionant pelvian, au fost factori pe cari am căutat să-i aplicăm la un număr cât mai mare de bolnavi.

Bolnavii au fost examinaţi zilnic, atât clinic cât şi microscopiceşte.

Infecţiunea este considerată vindecată numai atunci când bolnavul nu mai prezintă secreţie uretrală, sau când secreţiunea nu mai conţine gonococi, aceasta un timp mai îndelungat. Aproape tuturor bolnavilor li s'au făcut probe de provocaţie: proba berei, instilaţiuni cu nitrat de argint etc. Unii bolnavi au venit la control după un timp îndelungat. Bolnavii sunt marea majoritate adulţi între 18 — 54 de ani.

Dăm la întâmplare câteva din foile de observaţie:

OBS. No. I. — Bolnavul T. I. se prezintă în 21 Aprilie 1939, în a 30-a zi de maladie. Secreţia prezintă gonococi intracelulari. Urina I şi II tulbure. 23, 24, 25 şi Aprilie. Uliron 12 gr. + tratament local. 24 Aprilie dispariţia gonococilor. 28 Aprilie dispariţia secreţiei. 30 Aprilie, reapariţia secreţiei cu diplococi Gram negativi modificaţi. 2, 3, 4, 5 Mai, Uliron 12 gr., 3 Mai dispariţia gonococilor, 5 Mai dispariţia secreţiei. Probele de provocaţie, negative. Pleacă în 13 Mai 1939. Secreţia: O. Ur. I şi II limpezi: după 20 de zile vindecat.

OBS. No 9. — Bolnavul T. I. vine în 11 Febr. 1939, după 15 zile de boală. Secreţia prezintă gonococ intracelular. Ur. I şi II tulburi. 28 Februarie, 1, 2, 3 Martie Uliron 12 gr. + tratament local. 2 Martie, S. amicrobiană. La fel în zilele următoare. 8, 9, 10, 11 Martie, Uliron 12 gr. După toate probele de provocaţie, secreţia rămâne amicrobiană. Pleacă la 26 Martie 1939, vindecat după primul atac chimioterapeutic.

OBS. No. 16. — V. D. vine în 16 Sept. 1939, după 15 zile de boală. In secreţiune gonococi intracelulari. Urina I tulbure cu filamente, urina II limpede. 22 până la 24 Septembrie Uliron 10 gr. + tratament local. 20 Septembrie secreţiune fără gonococi. 1, 2, 3 Octombrie Uliron 10 gr. Secreţie absentă în continuu, chiar după probele de provocaţiune şi masagiul prostatei.

OBS. No. 17. B. G. vine la 11 Octombrie 1938 după 15 zile de maladie. Secreţie, gonococi intracelulari. 24, 24, 25 Octombrie Uliron 10 gr. + tratament local. 25 Octombrie gonococii absenţi. 27 Oct. secreţie negativă. 28 Oct. gonococi intracelulari. 30, 31 Octombrie şi 1 Noembrie Uliron 10 gr. 31 Oct. gonococi absenţi. 3 Noembrie 1939 cu secreţia negativă, după proba berei. Vindecat.

OBS. No. 64. N. G. vine la 13 Aprilie 1939. De 17 zile are uretrită acută. Secr.: gonococ extra şi intracelular. Urinele I tulbure, II limpede; 17, 18, 19, 20 Aprilie Uliron 12 gr. **Nu se aplică nici un tratament local.** La 19 Aprilie absenţa gonococului, 21, 22, 23, 24, 25 Aprilie diplococigramegativi nespecifici şi modificaţi. 26 Aprile absenţa gonococului în secreţie. 27 Aprilie secr.: 0. Pleacă în 2 Mai vindecat.

OBS. No. 92. — E. M. vine în 3 Decembrie 1939. Uretrită de 4 luni. Secreţia: gonococ extracelular. Urina I şi II tulburi. 7, 8, 9, 10 Decembrie Uliron 12 gr. şi tratament local. 9 Dec., secr.: 0. 14 Decembrie secreţia prezintă: gonococ absent. 15, 16, 17, 18 Dec. Uliron 12 gr. 18 Dec. secreţia: 0. Pleacă cu secreţia absentă şi urinele limpezi după probele de provocaţie. Vindecat.

OBS. 100. — S. G. vine în 24 Aprilie 1939. De 20 zile uretrită. De 5 zile are un abces testicular. Secreţia: 0. Sedimentul colorat din urină. Diplococi gram negativi. 7, 8, 9, 10 Mai Uliron 12 gr. La 8 Mai secreţia prezintă gonococ absent. La 9 Mai secreţia prezintă diplococi gramnegativi modificaţi. La 10 Mai secreţia absentă. Pleacă în 13 Mai 1939 cu secreţia amicrobiană. Urina I şi II uşoare filamente. Fenomenele epididimice au cedat complect. Vindecat.

OBS. No. 125. — Abces al prostatei. S. B., 15 Noembrie 1938. Uretrită de 40 de zile. După o săptămână dureri vii în perineu şi la defecaţie, micţiuni frecvente Se internează cu retenţie acută de urină. Temperatura 39°. La 16 Noembrie evacuarea spontană a abcesului pe uretră. 17 Noembrie, temperatura 39°. Starea generală proastă. Tuşeu rectal: prostata prinsă într'un plastron încât nu se poate delimita. Nu este senzaţie de fluctuenţă. Foarte dureroasă la presiune. Secreţia: gonococi intracelulari, urina I şi II tulburi. 17 injecţii cu 2 cc. lapte 17, 18, 19, 20 Noembrie. Uliron 12 gr. La 9 Noembrie diplococi gram negativi modificaţi. Temp. 38° La 20 Noembrie secreţia amicrobiană. Temp. 37.6°, durerile aproape dispărute. Tuşeul rectal: prostată uşor mărită, elastică, nedureroasă. 26 Noembrie secreţia amicrobiană, nici un fenomen prostatic, 27, 28, 29, 30 Noembrie Uliron 12 gr. 30 secreţia: 0. Pleacă în 12 Noembrie vindecat.

OBS. 136. — Artrită gonococică. I. P. vine la 1 Noembrie 1938. Secreţia din vagin conţine gonococi. De 6 zile articulaţia genunchiului drept devine dureroasă, se tumefiază, impotenţă funcţională. Temp. 38° lichid prezent în articulaţie. Puncţia 23 cmc. Puroi amicrobian. 4, 5, 6, Noembrie Uliron 10 gr. şi tratamentul infecţiunei genitale. La 6 durerile aproape dispar. La 7 tumefacţia diminuată. Impotenţa funcţională persistă. Secreţia vaginală, diplococi gram negativi modificaţi. La 10 Noembrie recidivă, Salicilat de Na. Piretoterapie, diatermie. Puncţia 40 cmc. 14, 15, 16 Noembrie Uliron 10 gr. Temp. 36°,6, 37°. 13 secreţia vaginală abs. Secreţie, gonococ abs. Fenomenele dureroase complect dispărute, nu ma există lichid în ariculaţie. Se mai continuă diatermia local + tratamentul infecţiei genitale. Pleacă în 18 Decembrie vindecată.

Din aprecierea rezultatelor obţinute asupra 166 bolnavi (dintre cari 151 au fost trataţi în Clinică) şi restul în alte servicii, putem deduce, dat fiind numărul mare al cazurilor, concluziuni serioase.

Ulironul este un adjuvant de mare valoare în tratamentul tuturor infecţiunilor gonococice.

In prezent însă, pentru obţinerea rezultatului optim trebue să asociem chimioterapiei şi tratamentul local.

Intr'adevăr, din 84 bolnavi cu uretrite, 57 sunt trataţi cu tratamentul mixt şi 27 numai chimio-terapic. Dintre primii, am obţinut în 47 cazuri 82,43% vindecări, în 6 cazuri ameliorări: 10.52%, şi în 4 cazuri nevindecări 7,05%. Dintre cei 27 bolnavi fără tratament local, am obţinut 20 vindecări: 74,04%, 3 ameliorări: 11,11% şi 4 nevindecaţi: 14.82%. Aceste procente sunt concludente pentru necesitatea asocierii tratamentului local.

Se pare totuşi că pentru o acţiune terapeutică maximă este necesară trecerea unei perioade de timp, perioadă care e în medie 14 — 15 zile pentruca infecţiunea gonococică să fie determinat în organism o stare de imunitate, fără ca acest fapt să fie probat în mod absolut.

Eficacitatea preparatului este maximă în concordanţă cu cele spuse în literatură, în uretritele acute. Dintre 84 bolnavi cu uretrite acute sunt:

vindecaţi 70:	83,33%
ameliorati 8:	9,53%
nevindecaţi 6:	7,144%

In uretrite cronice procentul e ceva mai mic, dintre 15 bolnavi trataţi sunt:

vindecări:	80%
ameliorări:	6,68%
nevindecări:	13,32%

Totuşi putem considera preparatul mai eficace relativ în infecţiunile cronice. Aceasta întrucât, aci, uretritei i se asociază mai întotdeauna prostatite, litrite cronice, gonococul aflându-se în focare închise purulente şi fiind astfel sustras acţiunei pe cale sanguină a Uliron-ului.

Complicaţiunile acute dau mai des

recidive decât oricare altă infecţiune gonococică.

Totuşi eficacitatea preparatului este remarcabilă, în special în epididimite unde din 25 bolnavi trataţi sunt 21 84%, ameliorati sunt 3: 12% şi nevindecat 1: 4%.

In artrite acute gonococice din 7 bolnavi 5 sunt vindecaţi: 71,42% şi 2 nevindecaţi: 28,58%.

In afecţiunile genitale la femei procentul e ceva mai mare. 10 vindecări: 83,34%, 1 ameliorată: 8,33%, şi 1 nevindecată 8,33%. Vulvo-vaginitele reacţionează cel mai bine. Dacă ar fi să ne conducem după cele 4 cazuri, rezultatele ar fi 100%. Factorii secundari de cari am vorbit în prima parte, adică alimentaţia, repausul, vaccinul antigonococic sunt necesare dacă nu indispensabile unei acţiuni chimio-terapice optime, acestea fiind în legătură cu stimularea factorilor naturali de apărare a organismului.

Două fapte sunt demne de semnalat: acţiunea Uliron-ului se manifestă în uretrite, prin dispariţia rapidă a gonococilor, dar nu totdeauna prin dispariţia secreţiei care persistă amicrobiană. Cu alte cuvinte, vindecă gonococia şi nu uretrita.

Apoi chiar în cazurile când gonococul nu este distrus de către preparat, se observă apariţia unor forme de involuţie microbiană, apariţia unor diplococi gram negativi, care ne arată că chiar dacă microbul nu moare, el suferă în tot cazul şi poate fi mai uşor distrus prin tratamentul local.

Doza eficace este veritabilă. Sunt cazuri în cari 12 gr. Ulironn au adus dispariţia tuturor simptomelor subiective şi obiective. Alteori 24 gr. sunt necesare. Foarte rare ori se recurge la 36 gr. Dacă această doză n'a adus rezultatul dorit, e inutil aproape să mai continuăm tratamentul.

In privinţa administrării, am ajuns la concluzie, că nici odată administrarea îndelungată de doze mici nu a dat rezultate. Numai atacurile brusce, masive, reuşesc să jugulеze infecţia.

S'ar părea că microbul surprins cedează, pe când în cazurile în cari se începe cu doze mici, continui, microbul s'a obişnuit cu substanţa şi n'ar mai reacţiona.

Incidente n'am avut înn cursul administrării preparatului.

Concluziuni:

1. Blenoragia nu are până în prezent un tratament specific.

2. Dintre toate preparatele chimio terapeutice, sulfamidele reprezintă un progres deosebit în tratamentul acestor afecţiuni, determinând:

a) dispariţia rapidă a gonococilor;

b) clarificarea urinelor;

c) dispariţia sau în orice caz regresiunea simptomelor subiective şi obiective.

3. Preparatul «Uliron» utilizat în 166 cazuri diferite de afecţiuni gonococice, a dat rezultate remarcabile.

a) In uretritele acute:

83,33% vindecări
9,53% ameliorări
7,14% nevindecări

b) In uretritele cronice şi infecţiunile latente ale glandelor anexe:

80% vindecări
6,68% ameliorări
13,32% nevindecări

c) In complicaţiunile acute:

80,59% vindecări
11,94% ameliorări
7,57% nevindecări.

4. Doza eficace este veritabilă între 24 — 36 gr. Modul de administrare optim este prin atacuri masive, la interval de 6 — 7 zile.

5. Nu s'a observat nici un accident în timpul administrării substanţei.

Adunarea generală a Colegiului medicilor din Capitală

S'a cerut imediata eliminare a tuturor medicilor evrei şi demiterea actualului consiliu de conducere

Duminică 29 Septembrie a avut loc adunarea generală a Colegiului medicilor din Capitală.

Deschizând şedinţa, d. dr. *V. Gomoiu*, preşedintele colegiului, a dat cuvântul d-lui dr. P. Samarian, secretarul comitetului executiv, spre a-şi desvolta darea de seamă asupra activităţii pe anul expirat.

Majoritatea membrilor cer însă cu toată insistenţa, ca desbaterile adunării să nu înceapă până nu se elimină din sală medicii evrei.

Insistându-se din partea biroului pentru citirea dării de seamă, adunarea cere intervertirea ordinei de zi, pentru a se discuta şi hotărâ asupra situaţiei medicilor evrei.

D. preşedinte *Gomoiu* arată că legea prevede obligativitatea expunerii activităţii pe anul încheiat, adunarea generală neputând discuta decât aceasta.

Membrii adunării cer însă, de data aceasta mai sgomotos, să se respecte dorinţa generală, care este aceea a eliminării medicilor evrei.

Voci: Să ni se explice de ce şi-au dat demisia din consiliu d-nii prof. dr. Dan Theodorescu şi dr. C. Dănulescu.

D. preşedinte *Gomoiu:* Dv., adunarea, nu puteţi judeca consiliul.

Voci: Consiliul nu are valabilitate, majoritatea membrilor fiind aleşi de evrei

D. preşedinte *Gomoiu:* Dar ce, dv. doriţi demisia consiliului?

Voci: Da.

D. dr. *Bănescu:* Trebue să vină un consiliu care să dea afară pe evrei, procedând şi noi cum au făcut avocaţii şi inginerii.

D. dr. *Gh. Sârbulescu:* Ne ridicăm mai ales în contra legii colegiului, care are un pronunţat caracter politist. Ea nu face decât să oprească tineretul legionar de la participarea la trebile conducerii medicale.

Cerem imediata înlăturare a legii permiţându-se tineretului să ia parte activă la conducere. Cum? Suntem în măsură de a avea în mână viaţa atâtor oameni, dar de trebile noastre profesionale să nu ne putem ocupa?

Cerem apoi eliminarea tuturor medicilor evrei din colegiu.

Propun de aceea suspendarea şedinţei pentru 3 minute şi deparazitarea sălii de cei ce mai au şi astăzi impertinenţa să apară în această sală.

D. preşedinte *Gomoiu:* Adunarea poate să-şi exprime o doleanţă pentru modificarea legii, cu privire la evrei.

D. dr. *Gh. Sârbulescu:* Cerem întâi deparazitarea sălii. Numai după aceea vom discuta statutul ovreilor.

D. preşedinte *Gomoiu:* Rugăm colegii evrei, dacă vor să se supună...

Voci: Trebue.

D. dr. *Gh. Sârbulescu:* Pun la vot următoarea moţiune:

«Adunarea, în majoritate, cere eliminarea medicilor evrei».

Prin covârşitoare ridicare de mâini, adunarea aprobă moţiunea.

D. dr. *V. Trifu* ilustrează cu o serie de exemple lipsa de activitate a colegiului în ce priveşte problema naţională.

Este nevoe — încheie d-sa — ca cei însufleţiţi de spiritul Căpitanului să elaboreze o altă lege a colegiului, îngropând-o pe cea de azi.

D. dr. *Petre Stroescu* expune problema echivalării diplomelor din străinătate, arătând uşurinţa condamnabilă cu care s'a lucrat ani dearândul, în această materie. Chestiunea — spune d-sa — a căpătat cunoaştere din

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME - GOUTTE - SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

33 ani de existenţă
(1907 — 1940)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

PRODUSE ORIGINALE ROMÂNEŞTI, „LABORATORUL HELIOS"

Tratamentul Br. sub forma cea mai ideală şi eficace.

NEUROCALMIA

—Etherii borneolului şi acidului izovalerianic— Na. Br. — Phenil dimethylizopirazolon — Alcaloizii din Spartium Scoparium.
Flc. orig. 250 gr.
2—4 linguriţe pe zi.

Angor-Pectoris-Hipertensiune Aortita cronică,

ANGIOSEDIN

CASCHETE A
Phenylethylmalonilcarbamid 0.03 gr. Teophilin-ethylen diamin 0.05—Papaverin 0.02, Chinidină 0.10—Dimethyl dioxipurine 0.25 gr.
Angiosedin B, fără chinidină
2—3 caschete pe zi.

REUMATISM
Acut, cronic, sciatică, lumbago, mialgii, astralgii, etc.

POLYSAL

Salicilat de Ca.—Na. K.
Fiole 5% à 10 cc. intravenos.
Sirop. 10%.
Fiole: 1—3 inj. pe zi.
Sirop: 1—3 linguri pe zi.

ASTENIE NERVOASĂ — SURMENAJ — ANEMIE — DEBILITATE

SER NEURODINAMIC A.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr.
Methylarsenat disodic 0.05 gr.
Strichnin Sulfuric 0.001 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile
Cutii orig. a 12 fiole

SER NEURODINAMIC B.

Na. glicerophosphoric 0.10 gr.
Strichnin sulfuric 0.0015 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile
Cutii orig. a 12 fiole

SER NEURODINAMIC C.

Na. glicerophosphoric 0.03 gr.
Fer. glicerophosphoric 0.02 gr.
Methylarsenat disodic 0.03 gr.
Strichnin sulfuric 0.0015 gr.
Ser fiziologic 1 cmc.

Fiole inj. intramuscular
1 fiolă la două zile
Cutii orig. a 12 fiole

Repr. Generală, Farmacia G. D. VASILIU-CERB, Bucureşti Calea Victoriei No. 70
Preparatele se găsesc p. farmaciile şi drogueriile din întreaga ţară la toate depozitele de En-gros din Capitală.

partea tuturor cu ocazia descoperirii afacerii Manevici, caz de gravitate deosebită în care s'a ajuns la sancționarea a doi acari Păun. Cu toată vâlva ce s'a făcut, medicii lui Manevici funcționează și astăzi.

Vorbind apoi despre practica dentisticei, arată nenorocirea din acest sector al medicinei, unde medicii sunt puși alături de tehnicienii tinichigii sau cismari, specimene venite din toate colțurile mai mult sau mai puțin galițiene.

Voci: Să fie dați evreii afară.

MOȚIUNEA PREZENTATA DE D. DR. POPOVICI-LUPA

D. dr. *Popovici-Lupa*, susținând punctul de vedere al eliminării, arată că medicii au rușinea de a constitui cel din urmă corp care să procedeze la deparazitare.

Să o facem totuși, spune d-sa. Fiindcă este una din problemele importante ce se pun noului stat.

In aclamații generale, d-sa citește următoarea moțiune, pe care o supune adunării:

1. Eliminarea tuturor medicilor evrei, fără deosebire de categorie, din colegiul medicilor, învățământ, funcțiuni publice și particulare.

2. Până la reglementarea radicală, pe plan politic, a situației evreilor din România, medicii evrei se pot constitui într'o asociație profesională provizorie aparte, recunoscută de ministerul Sănătății. Ei vor putea îngriji numai bolnavi evrei, fie particular, fie numai în spitale și sanatorii evrești.

3. Toate rețetele medicilor români etnici sau arieni vor purta sigiliul colegiului (nu numai pentru stupefiante).

4. Farmaciile vor fi obligate să prepare medicamentele numai după rețetele stampilate. Ele vor putea executa rețete și dela medici evrei, însă numai pentru bolnavi evrei și numai pe rețete ștampilate de asociația profesională medicală evreiască. Se va cere la farmacii dovada originii etnice a pacientului, care poate fi făcută prin buletinul biroului populației; numai în caz de urgență — noaptea dela orele 22—6 — se poate face excepție dela această regulă.

5. Medicii etnici români sau arieni pot îngriji bolnavi evrei.

6. Pentru buna aplicare a acestor măsuri se va lua înțelegere cu colegiul farmaciștilor.

7. Se vor stabili sancțiuni față de abaterile dela această regulă.

8. In cadul unei noui organizări a asigurărilor sociale, să se țină seamă de aceste principii.

Moțiunea propusă este aprobată prin aclamații puternice.

*

Discuțiunea asupra situației medicilor evrei reluându-se, d. dr. *Marius Constantinescu* arată că echivalările de diplome din străinătate dădeau un procent de peste 90% evrei. In această privință expune străduințele societății studenților în medicină, care a protestat întotdeauna contra valului de echivalări nemeritate și cere a se ancheta tot trecutul, atât ca echivalări cât și în ceeace a însemnat fraude de speța Manevici.

D. dr. *Gh. Sârbulescu:* Adunarea vrea să știe dacă onoratul consiliu aprobă în întregime moțiunea propusă și pe care noi, am primit-o fără rezerve.

D. președinte *Gomoiu* arată că din atitudinea consiliului este evidentă aprobarea.

D. dr. *Virgil Ionescu:* Mai este însă și chestiunea masoneriei. Trebuesc eliminați și oficianții hrubelor oculte.

D. dr. *Mircea K. Constantinescu*, vorbind în numele consiliului care este ales numai de 3 luni, arată că acesta nu poate fi făcut răspunzător pentru trecut.

Noi — spune d-sa — ne-am făcut datoria și când n'om mai putea-o face, vom pleca.

D. dr. *Roșculescu* cere ca la votul pentru desemnarea consiliului să nu participe nici un evreu.

D. dr. *N. Dutescu:* Dați cuvântul d-lor prof. dr. Dan Theodorescu și dr. C. Dănulescu. Să ne spue și nouă de ce-au părăsit consiliul dv.

D. prof. dr. Dan Theodorescu, *explicând motivele pentru cari a înțeles să părăsească prin demisie, consiliul colegiului medicilor, arată că la fiecare ședință a acestui consiliu se primeau în colegiu, în mod sistematic, elemente streine de neamul nostru, după norme pe cari celelalte corpuri de profesioniști intelectuali le-au părăsit de mult.*

Al doilea motiv — arată d-sa — a fost cu privire la practica dentară. Este inadmisibilă situația din această ramură a profesiunii noastre. In timp ce punem un concurs destul de riguros la intrarea în facultatea de medicină căruia îi urmează 6—7 de studii, cu examene și clinici și 2 ani de specializare, etape parcurse de un medic pentru a putea practica stomatologia; în timp ce internii mei dela clinică, lucrează cu mine cot la cot, zi de zi și nu au posibilitatea acestei practici — țara este fericită cu elemente periculoase și nepregătite, tinichigii și bărbieri, cari nu fac decât să micșoreze prestigiul profesiunii noastre.

A mai existat însă și un al treilea motiv de demisie: faptul de a se fi aprobat de consiliu să se libereze cuiva un certificat pentru o practică ce s'a efectuat în așa fel încât nu justifică atestarea specialității menționate.

Pentru toate acestea, comitetul n'a avut nici o atitudine.

Incheind, d. prof. dr. Dan Theodorescu cere ca propunerile d-lui dr. Popovici-Lupa să privească și întreaga practică dentară.

După această expunere, intervenind discuții cu un ton mai ridicat între biroul adunării și mai mulți membri ai colegiului, d. președinte Gomoiu ridică ședința.

Adunarea cere continuarea ședinței, manifestând sgomotos. Desemnează de aceea un comitet de 3, compus din d-nii prof. dr. Dan Theodorescu, dr. C. Dănulescu și dr. Popovici-Lupa, care se constitue biroul adunării în ședința de continuare.

Se suspendă însă ședința pentru 10 minute.

La redeschidere, d. președinte Gomoiu revine în adunare. D-sa arată că n'a crezut niciodată că va putea avea o asemenea primire din partea unui corp, pentru care a luptat întotdeauna.

O discuție pe ton ridicat, care se iscă din nou în mijlocul sălii, este curmată, dându-se cuvântul d-lui *C. Dănulescu.*

Vorbind despre demisia d-sale din consiliul colegiului, arată că aceasta a fost cauzată de faptul de a nu se fi căutat rezolvarea problemei ovreiești, așa cum a pus-o generația d-sale în vremea primilor ani de studenție. In această privință, guvernul trecut al d-lui Gigurtu nu a încercat să facă nimic.

Aprobând în totul punctele moțiunii citite de d. dr. Popovici-Lupa, d-sa insistă în special asupra calamității de a se fi înlăturat tineretul dela conducerea colegiului.

Mai iau apoi cuvântul d-nii: general dr. *Giurea*, prof, dr. *Ion Jianu*, dr. *P. Angelescu*, dr. *Tit-Liviu Popa*, dr. *Bănescu*, dr. *Roșulescu*, etc.

D-l dr. Gh. Sârbulescu a făcut următoarea propunere, care a găsit aprobarea adunării: »Față de încordarea spiritelor din această sală și întrucât comitetul este pus în discuție, cer să se renunțe la sistemul democratic al alegerilor de comitete și să se numească un conducător al medicilor de către statul legionar».

Ședința s'a ridicat fără să se aprobe darea de seamă, prezentată de consiliu.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noua conducere a Ministerului Sănătăţei

In noul regim care conduce Statul legionar român d. V. Iasinschi *a fost numit Ministru al Muncei, Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale şi d.* Dr. Al. N. Popovici, *Secretar general al acestui departament.*

D. Dr. Al. Popovici aduce pe lângă o nouă ideologie politică în sănătatea publică şi o incontestabilă pregătire ştiinţifică. D-sa a trecut prin întreaga filieră a evoluţiei medicale, fiind pe rând: extern, intern, medic secundar şi medic primar al Spitalelor din Bucureşti. Toate aceste locuri le-a cucerit prin concursuri strălucite şi le-a ocupat apoi cu prestigiul care decurge din competinţă şi din luptă.

Prin probe tot atât de grele, în domeniul vieţei publice, a dovedit însuşirile de conducător la care este chemat şi unde aduce o ideologie nouă, metode şi oameni noui.

Directive generale date de Conducătorul Statului pentru organizarea şi îndrumarea învăţământului Universitar

I. Şcoala trecutului

După faza de dărâmare şi curăţire în care ne găsim, cu toată energia şi viteza reclamată de împrejurări urmează opera de reconstrucţie a Statului.

Orice om conştient din această ţară îşi poate da seama din desfăşurarea evenimentelor ultime, că şcoala românească, aşa cum a fost organizată, nu şi-a ajuns scopul.

Noi am copiat organizarea învăţământului francez fără să ne dăm seama de deosebirile care există între cele două popoare. Franţa a dominat Europa prin cultura sa. Universităţile şi şcoalele franceze au o vechime de câteva veacuri. Era foarte firesc ca Franţa să dea învăţământului său o mare amploare, pentrucă Franţa avea nevoe să domine Europa prin idei şi a făcut-o timp de câteva secole.

Datorită iluziei ce ne-am făcut că putem imita învăţământul francez, nu ne-am dat seama că nevoile poporului nostru erau cu totul altele, Stat de ţărani, în loc să întemeiem învăţământul pe realitatea agricolă românească şi pe starea înapoiată a culturii româneşti, am înmulţit universităţile şi şcoalele de învăţământ abstract.

Chiar şi învăţământul tehnic (agricol, industrial, meserii etc.) în loc să fie aşezat pe o bază practică de viaţă, a fost ridicat la rangul de învăţământ universitar, iar problemele tehnice, practice, au fost transformate în probleme abstracte şi de birou.

Dar nici în această direcţie n'am avut program şi stabilitate de sistem.

Am modificat prin nenumărate legi organizaraea învăţământului; am făcut când liceu pe 7 clase, când pe 8, când liceu unitar, când real şi clasic, fără nicio metodă.

Trebue să revizuim totul.

II. Şcoala viitorului

Invăţământul universitar

Poporul românesc trebuie să aibă tot mai adânc sentimentul mândriei şi al rostului său în această regiune europeană. Pentru aceasta însă, Universitatea şi şcoala românească trebuie să fie un adevărat for de îndrumare şi un amvon de credinţă şi mândrie românească.

Elitele intelectuale care au răsărit sporadic din fiii acestui neam, ne dau cele mai justificate nădejdi că putem atinge cele mai superioare trepte ale culturii universale.

Personalul

In momentul în care ţara românească a suferit ruşinoase amputări teritoriale, şcoala găseşte largi posibilităţi de încadrare şi de selecţionare a personalului pentru care vă las toată latitudinea.

Un om, o funcţie, iată principiul călăuzitor la încadrarea şcolilor româneşti. Cine ţine două funcţiuni, nu face pe niciuna bine.

Surplusul eventual de personal va trebui folosit să dubleze pe profesorii şi învăţătorii dela sate după ce mai întâiu au fost complectate toate lipsurile din cele mai îndepărtate colţuri de ţară.

Mulţi dintre universitari şi-au îndeplinit misiunea lor culturală, cu cinste şi cu demnitate, dar au fost şi unii care n'au înţeles-o şi, făcând tranzacţie cu conştiinţa lor, au descurajat în loc să întărească sufletul românesc.

Ne vom ocupa, desigur, şi de situaţia materială a membrilor învăţământului pentru a-i ajuta. Salariile trebue să fie un mijloc de viaţă, dar şi o stimulare a elitelor. De aceea, gradaţiile la vechime vor fi înlocuite cu gradaţiile pentru merit. Vom creia case de ajutor şi vom sprijini situaţia corpului didactic, dar vom cere muncă şi jertfă şi vom impune economia, acolo unde va fi necesar.

Acestea fiind principiile, rămâne ca dvs. să treceţi la aplicarea lor cu curaj şi iniţiativă şi cu toată viteza reclamată de factorul timp, care nu mai lasă nici un ceas de pierdut.

Reorganizarea serviciilor publice şi salarizarea funcţionarilor

Monitorul Oficial apărut Sâmbătă 14 Septembrie 1940 publică următorul decret-lege:

ART. 1. — Ministerele vor proceda, la reorganizarea lor până la 15 Octombrie a. c.

ART. 2. — Subdiviziunile administrative sunt următoarele: direcţii, servicii, secţiuni şi birouri.

Incadrarea funcţionarilor se va face prin decizie ministerială în subdiviziunile administrative prevăzute mai sus, ţinându-se seama de nevoile fiecărui departament.

ART. 3. — Funcţionarii cari nu au fost încadraţi formează cadrul disponibil. Funcţionarii din cadrul disponibil vor primi 80 la sută din salariul bugetar:

a) Dacă funcţionarul din cadrul disponibil se angajează la particulari este socotit de drept demisionat, pe data angajării;

b) Locurile ce vor deveni vacante se vor ocupa exclusiv cu funcţionari din cadrul disponibil.

Se exceptează angajarea pentru funcţiunile de strictă specialitate;

c) Funcţionarii din cadrul disponibil, delegaţi de către ministere la diferite întreprinderi, nu vor primi decât retribuţiunea întreprinderii.

Medicii din cadul disponibil vor putea fi repartizaţi şi în comunele rurale. Cei care nu se vor prezenta la posturi se vor considera de drept demisionaţi.

ART. 4. — Funcţionarii publici nu pot primi decât un singur salariu, inclusiv indemnizaţia de chirie şi alocaţiile pentru copii, indiferent de funcţiunea, delegaţiunea, orele suplimentare, comisii, etc., din care fac parte.

Se exceptează cheltuelile efective de transport şi întreţinere pentru executarea însărcinărilor primite în interesul serviciului şi cele ocazionate de transferări în interes de serviciu.

De asemenea nu intră în prevederile acestui articol primele de producţie ale lucrătorilor dela C. A. M., primele personalului de exploatare dela C. F. R., precum şi lucrul şi compensaţia în acord dela C. F. R.; de asemenea primele lucrătorilor dela Monitorul Oficial şi Monetăria Statului.

ART. 5. — Funcţionarii admnistrativi nu pot fi în acelaşi timp şi în serviciul particularilor.

ART. 6. — Avocaţii publici nu pot fi angajaţi la întreprinderile particulare şi nu pot pleda procese în contra statului, judeţelor sau comunelor.

ART. 7. — Inginerii şi arhitecţii din serviciile administrative publice nu mai pot angaja lucrări particulare.

ART. 8. — Pensionarii Statului, judeţelor şi comunelor nu mai pot ocupa funcţiuni publice, afară de cele cu caracter politic.

ART. 9. — Funcţionarii făcând parte din corpuri de specialitate vor primi salariul funcţiunii administrative pe care o îndeplinesc efectiv.

Migrenă

Dureri de cap

Nevralgii

KARIL Dr. Wander

Tablete

Acţiune promptă

Nu conţine narcotice

Nu produce obişnuinţă şi efecte secundare neplăcute

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN

Dr. WANDER

Drageuri, Fiole injectabile, Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină.
Acţiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului, etc.

Uretrite

Cistite

Pielite

Bacteriurie

OVOMALTINE

DR. WANDER

Aliment dietetic

După operaţiuni, regim în boli de stomac şi intestine, boli infecţioase acute şi cronice (gripă, pneumonie, tuberculoză).
Cură de îngrăşare.

Valori nutritive mari în volum mic.

Mostre şi literatură trimite la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

Ephetonin Merck

în ASTM BRONȘIC

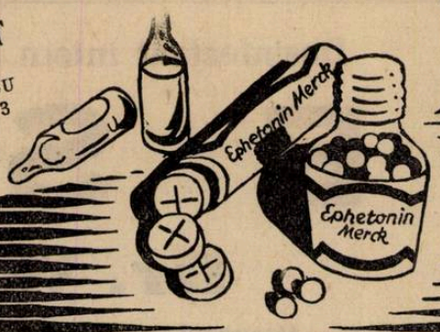
și în toate maladiile allergice (urticarie, exantem seric etc.)

bronșite, hipotensiune

Perle, tablete, fiole, Sirop de Ephetonină, cât și substanță pentru rețeptură.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanța generală:
Chimiroman, Farmacist LIVIU BANCU
BUCUREȘTI I, Str. T. G. Masaryk Nr. 3



NOU!

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Mostre și literatură trimete la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București, VI. Str. Cazărmei 89

Delegaţi legionari pe lângă instituţiile sanitare

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, publică următoarea deciziune:

Art. 1. — Se numesc delegaţi legionari ai Ministerului Sănătăţii pe lângă fiecare instituţie sanitară de sub controlul Statului pe următorii medici de spital:

Direcţia Sanitară a Municipiului şi Eforia Sanitară a Municipiului Bucureşti

Dr. Mavrodin Dan, dr. Proca, d-na dr. Ciocâlteu Cornelia, dr. Petraşincu, dr. Florescu Gh., dr. Weselowski Iosif, dr. Stoenescu Zaharia, d-na dr. Chirnoagă, dr. Gabriel Popescu.

Spitalul Central «Dr. Cantacuzino»

Dr. Th. Zavergiu, dr. N. Nedelcu.

Spitalul Central de boli mintale

Dr. Temeliescu Dan, dr. Cantacuzino Ion, dr. Sava Lăzărescu, dr. Chiliman Marcel.

Institutul de seruri şi vaccinuri «Dr. Cantacuzino»

Dr. Ciurea, dr. Istrate I., dr. Olaru C., dr. Paraschivescu, d-na dr. Petrovanu, dr. Cocioba Ion, dr. Leonida C-tin, dr. Chiricean D.

Institutul de puericultură

D-na dr. Marin Ana Maria, dr. Bazgan Ion.

Institutul de igienă

Dr. Comşa, dr. Cocioba Ion, dr. Leonida C-tin, dr. Paraschivescu.

Dispensarul Româno-Britanic

Dr. Comănescu Aurel, dr. Mavrodin Dan.

Eforia Spitalelor Civile

Dr. Claudian Ion, dr. Buttu Alexianu, dr. Rudeanu Alex., dr. Bazgan Ion, d-ra dr. Adelina Ionescu, d-na dr. Marin Ana Maria, dr. Cantacuzino, dr. Muşat Ion.

Institutul Chimico-Farmaceutic

D-na dr. Chirnoagă, dr. Sonea Octavian, dr. Ciurea.

Spitalul Brâncovenesc

Dr. Zissu C., dr. Haralamb Anghelescu, dr. Petraşincu Dan, dr. Carangiu Ovidiu, dr. Trockmaer Const.

Spitalul de ochi «Regina Maria»

Dr. Lăzărescu D-tru, dr. Dobrovicescu Marius.

Asigurările Sociale

Dr. Niţă Nedelcu, dr. Sonea Octavian, d-ra dr. Elena Petala, dr. Sârbulescu Gh., dr. Pariano, dr. Popescu Gabriel, dr. Zavergiu Mihail, dr. Comănescu Aurel, dr. Perislopeanu Alex., dr. Crivăţ Dan, d-na dr. Angelescu Adriana.

Spitalul «Elias»

D-na dr. Crivăţ Auraş, dr. Sergiu Stoicescu, dr. Trockmaer C.

Şcoala de moaşe rurale

Dr. Weselowski Iosif, dr. Mavrodin Dan.

Şcoala surori de caritate «Regina Maria»

D-na dr. Marin Ana Maria, dr. Const. Trockmaer, d-na dr. Adelina Ionescu.

Spitalul Militar «Regina Elisabeta»

G-ral dr. Constantinescu C. D., lt.-col. Savel Gârcineanu.

Liga Naţională contra tuberculozei

Dr. Sergiu Stoicescu, dr. Lupaşcu Gh., dr. Popescu Iulius, dr. Crivăţ Dan.

C. F. R.

Dr. Buzdugan Ştefan, dr. Chiriceanu Dan, dr. Juvara Răsvan, dr. Comănescu Aurel, dr. Ghiţescu Tiberiu, dr. Papadopol Şerban, dr. Theodorescu C-tin.

Societatea „Micile Maternităţi"

Dr. Weselowski Iosif, dr. Mavrodin Dan.

Spitalul Gardienilor Publici

Dr. Steopoe, dr. Buzdugan Ştefan.

Spitalul de Urgenţă şi Morgă

Dr. Trockmaer C., dr. Gabriel Popescu.

Aşezămintele M. S. Elena (B-era Vergului)

Dr. Lăzărescu Grigore, dr. Prislopeanu Alex.

C. A. M., U. C. B., Banca Naţională, Telefoane, Poşta, Ministere, Radio-Difuziune, Dispensarul Asoc. Artiştii Dramatici, Parid, Funcţionarii Publici, şi toate regiile autonome similare

Dr. Muşat Ion, dr. Steopoe Vasile, dr. Buttu Alexianu, dr. Juvara Răsvan, dr. Rudeanu Alex., d-na dr. Cornelia Ciocâlteu, dr. Săbăilă Ilie, dr. Petraşincu D., dr. Bazgan Ion, dr. Zissu Const., dr. Buzdugan Ştefan, dr. Comănescu Aurel, dr. Neagoe Valeriu, dr. Papadopol Şerban, dr. Ghiţescu Tiberiu, dr. Florescu Paul, dr. Gerota Dan.

Art. 2. — Tuturor acestor delegaţi ai noştri competenţa le-a fost verificată în cazierele profesionale şi cinstea în lupta legionară.

Misiunea lor este următoarea:

Vor veghia la o cât mai desăvârşită administrare interioară a instituţiei respective în special pe plan etic.

Vor cerceta toate reclamaţiunile ce li se vor adresa de către public privitoare la trecut şi vor aduce dreptatea.

Administraţia actuală a instituţiilor sanitare se va pune total la dispoziţia delegaţilor noştri legionari.

Serviciile pe care le vor depune delegaţii legionari nu vor fi remunerate bugetar întrucât au caracter temporar şi sunt considerate ca o misiune.

Art. 3. — D. Director al Personalului este însărcinat cu executarea prezentei deciziuni.

Ministerul Sănătăţei a complectat această decizie cu următoarea dispoziţie: Comisiunile de medici stabiliţi în deciziunea ministerială nr. 64094/940 au misiunea imediată de a întocmi numai proectul de lege pentru unificarea tuturor instituţiilor sanitare.

Ministru (ss) V. IASINSCHI

Secretar general (ss) *Alex. N. Popovici*

Inspectorii sanitari

Asupra majorităţei inspectorilor generali sanitari s'au emis critici şi păreri cari nu li sunt prea favorabile.

De fapt criticele formulate se datoresc în primul rând felului în care, o parte dintre ei activează şi se manifestă.

Iată un exemplu care confirmă reputaţia stabilită:

Medicii dintr'un judeţ al ţărei întemeiază un cerc de studii şi aleg într'una din primele şedinţe, mai mulţi membri de onoare, dintre medicii cu renume. Printre ei şi un inspector general sanitar, ales, desigur din cauza situaţiei sale oficiale.

Inspectorul răspunde:

Domnule Preşedinte,

«La adresa d-voastră Nr. 10 din 939, am onoarea a vă face cunoscut că am acceptat alegerea subsemnatului ca membru de onoare al Cercului de studii al Medicilor din judeţul Dv.».

Dintre celelalte răspunsuri citäm pe următorul:

Domnule Preşedinte,

«Vă mulţumesc din suflet d-voastră personal şi tuturor colegilor pentru cinstea ce mi-aţi făcut de a mă alege ca membru de onoare al cercului d-vs. Am simţit o deosebită bucurie când am văzut activitatea cercului Dv. şi vă urez cel mai deplin succes.

Rog primiţi Domnule Preşedinte şi stimaţi colegi asigurarea celor mai bune sentimente».

Ce mare distanţă între forma şi fondul celor două scrisori pe cari le reproducem dintr'o revistă medicală în cari au fost publicate de curând!

Şi ce mare adevăr, în celebrele cuvinte ale lui *Buffon: «Le style, c'est l'homme».*

Revizuirea situației medicilor, veterinarilor și farmaciștilor în rezervă

Un comunicat al ministerul apărării naționale

Ministerul apărării naționale aduce la cunoștința medicilor, veterinarilor și farmaciștilor de rezervă de orice grad, care îndeplinesc condițiunile cerute de art. 9 din legea sanitară sub nr. 2107/924 cari au obținut dreptul de liberă practică până la data de 15 Septembrie 1924, să înainteze ministerului apărării naționale, direcția personalului, cererile lor de înaintare însoțite de actele următoare:

Medicii, farmaciștii și veterinarii, ofițeri sanitari de rezervă: certificat de sănătate, eliberat de un medic oficial, Monitorul oficial în care s'a publicat dreptul de liberă practică, memoriul descriptiv al situației militare și activității pe timpul campaniei, în care se arată și starea civilă exactă; certificat constatator că practică efectiv profesiunea.

Medicii veterinari și farmaciștii cari nu sunt ofițeri de rezervă: pe lângă actele de mai sus vor înainta: extract de naștere, certificat de naționalitate, certificat de moralitate, dovada constatatoare de concentrările efectuate.

Aceste acte urmând a fi centralizate, verificate și discutate de o comisiune specială, trebuesc primite la direcția personalului până la 1 Noembrie 1940

Peste această dată nu se mai acordă nici o prelungire și toate cererile primite ulterior, nu vor mai fi luate în considerație.

Verificarea situației militare a medicilor și farmaciștilor militari

In vederea verificării situației militare, toți medicii umani, veterinari și farmaciști, aparținând elementelor armatei, vor comunica imediat prin scrisoare recomandată (sau raport scris prin unitățile respective pentru cei concentrați) direct Marelui Stat Major, Secția I-a, Biroul Sanitar, următoarele date:

1. Numele și pronumele.
2. Locul și data nașterei (anul, luna, ziua).
3. Origina etnică.
4. Localitatea unde este stabilit și exercită profesiunea, strada și Nr.; pentru cei cu domiciliul provizoriu va indica actualul domiciliu, urmând ca după fixarea definitivă a domiciliului să anunțe Marele Stat Major, Secția I-a Biur. Sanitar.
5. Specialitatea.
6. Instituția unde profesează.
7. Gradul și data înaintării în acest grad.
8. Unitatea căreia aparține.
9. Numărul de zile de concentrare executate dela 15 Martie 1939 și până la 15 Septembrie 1940 și unitatea sau unitățile în care le-a executat.
10. Dacă e sau nu mobilizat pentru lucru pe anul 1940—1941 și în caz afirmativ va arăta:

a) Numărul ordinului de mobilizare pentru lucru;

b) Comandamentul Teritorial care l-a eliberat;

c) Instituția pentru care a fost mobilizat pentru lucru.

Cei ce nu vor trimite aceste date până cel mai târziu 5 Octombrie 1940, vor fi **sancționați.**

Arondarea circumscripțiilor medicale rurale

Ministerul muncii, sănătății și ocrotirilor sociale a dat următoarea decizione:

Art. 1. — Actualele centre primare de sănătate (circumscripțiile medicale rurale) se vor aronda din nou, astfel ca numărul lor să fie mărit în raport cu nevoile sanitare și de asistență medicală și cu situația lor geografică.

Art. 2. — Arondarea se va face pe cale de decizie ministerială la propunerea inspectorilor generali sanitari regionali.

Art. 3. — Domnii directori ai higienei sociale și personalului sunt însărcinați cu aducerea la îndeplinire a prezentei deciziuni.

Mișcare în corpul medical

Prin decizia ministerială Nr. 62.425 din 13 Sept. 1940, se face următoarea mișcare în corpul medical și farmaceutic din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispozițiunile legii sanitare și de ocrotire, cum și în baza avizelor date de Comisia ad-tivă, prin procesele-verbale cu Nr. 19 și 20 din ședințele de la 7 și 11 Sept. 1940, și anume:

Se recunoaște d-lui dr. Andreescu Gh., gradul și funcția de director al Institutului de Cancer de pe lângă Așezământul «Principele Nicolae» din București.

D. dr. Roșianu D-tru, medicul orașului Câmpulung, jud. Muscel, se confirmă medic șef onorific al aceluiaș oraș.

D. dr. Lupu Octavian, fost medic șef definitiv al Municipiului Cernăuți, se confirmă definitiv în postul de medic șel al Serviciului Igienei Industriale și Alimentare de pe lângă Serviciul Sanitar al Municipiului București.

D. dr. Tănăsescu I., actual medic provizoriu de consultații chirurgicale la Spitalul Central «Prof. Dr. Cantacuzino», se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D. dr. Glăvan Ioan se confirmă definitiv medic primar oculist la Spitalul F. R. Witting.

D-na dr. Ciuceanu Roșca Elena, medic puericultor la Serviciul Sanitar al Municipiului București, având și concurs în specialitate, i se recunoaște titlul de medic primar puericultor.

D. dr. Trifu Vasile, având 10 ani în învățământul superior, i se recunoaște titlul de medic primar în specialitatea urologie.

D. dr. St. Baroncea, având 10 ani în înv. superior, i se recunoaște titlul de medic primar în specialitatea chirurgie.

D. dr. Cureleanu Titus, având concurs în specialitate, i se recunoaște titlul de medic primar chirurg.

D. dr. Matei Sofonia, se confirmă definitiv, pe baza art. 153, alin. 2, din legea sanitară, ca medic șef al orașului Petroșani.

D. dr. Stănescu M., se consideră transferat definitiv în postul de medic al spitalului Drânceni, jud. Fălciu.

Confirmări

Următorii medici sanitari stagiari, care au împlinit stagiul cerut de lege, se confirmă definitiv în posturile ce ocupă după cum urmează:

D. dr. Popp Virgil, la circ. Traian jud. Bihor.

D-na dr. Ecaterina Damian, la circ. Corod, jud. Tecuci.

D-na dr. Ștefănescu Manole, la circ. Țifești, județul Putna.

D. dr. Undiță Ștefan, la circ. Ghidigeni, jud. Tutova.

D. dr. Arutanian N., la circ. Sadova jud. Dolj.

D. dr. Pivniceru Alex. la circ. Bahmutea, jud. Tighina.

D-ra dr. Irimia Olga, la circ. Surănești, jud. Vaslui.

BIBLIOGRAFII

Hormones & hormonotherapie, par le Docteur Louis Moinson. Collection des Petits Précis, Un volum. . . . . 20 fr.

Această lucrare de 113 pagini este o punere la punct foarte precisă asupra acțiunei hormonilor cunoscuți astăzi și susceptibili de a fi întrebuințați în terapeutica curentă.

Hormonii genitali și hipofizari ocupă locul principal; unii dintre ei sunt de întrebuințare curentă și trebue bine cunoscuți pentru a putea fi întrebuințați cu folos.

Celelalte capitole sunt consacrate substanțelor oestrogene sintetice, hormonului cortico-suprarenal: desoxycorticosteronul, care deabia s'a născut, hormonului pancreatic și unei noui aplicațiuni a insulinoterapiei în schizofrenii etc.

In tratamentul constipației

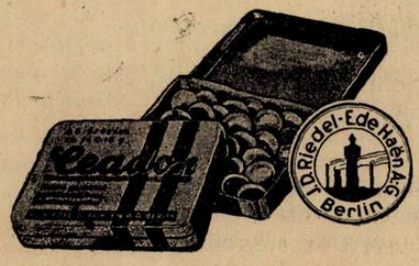
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

NOU!

Chimioterapia sulfamidată
a infecțiunilor cu:

Pneumococi
Gonococi
Meningococi
Stafilococi
Streptococi

SULFORONIN

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr. Sulfanilyl-aminopiridină
Tuburi cu 24 tablete.

Mostre și literatură trimete la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București, VI. Str. Cazărmei 89, Tel. 5-19-00

ACTUALITĂŢI DIN LITERATURA STRĂINĂ

Evipan sodic în chirurgia războiului

de Dr. I. Gilorteanu, Medic Lt.-Colonel.

Extras din broşura „Chirurgia războiului"

Anestezie pe cale venoasă. — Evipan-ul sodic produs al Casei *Bayer*, ocupă locul de frunte prin realele lui calităţi anesteziante în chirurgia gazaţilor. Este cel mai bun anestezic dintre barbiturici pentru răniţii gazaţi prin calităţile lui:

Manipulare simplă (injecţii intravenoase).

Necesită instrumentaj redus (1 seringă, 1 ac şi fiola cu Evipan).

Neinflamabil.

Anestezic de bază şi narcotic în acelaş timp (suficient pentru operaţie fără a necesita o anestezie complimentară).

Efect rapid.

Nu agravează starea răniţilor, din contra le-o ameliorează.

Se foloseşte în doze fracţionate, intermitente şi progresive.

A fost folosit de *Bilbao* din La Paz. Bolivia, directorul Spitalelor militare, pe 4000 de cazuri în războiul din Chaco, adică 90% din răniţii îngrijiţi. Nu a avut nici un accident. A mai fost folosit şi este încă în foarte multe cazuri în chirurgia obişnuită de pace.

Technica. — Se foloseşte sol. Evipan 10% în apă destilată, în injecţiuni intravenoase fracţionate şi lente de 4 – 5 cmc. până se ajunge la pragul anesteziei, apoi se injectează cmc. cu cmc. după nevoile operaţiunii, profunzimea şi durata ei. Se poate folosi pentru operaţiuni de scurtă durată dar şi pencele ce durează o oră. Pentru evitarea accidentelor se recomandă ca Evipanul să se facă în injecţiuni intermitente şi la nevoie; într'un curent de serum glucozat hipertonic care are efecte antitoxice, stimulente şi diuretice. Dozele de ser glucozat hipertonic injectate au fost de 40 — 50 cmc. în afară de 20 — 30 cmc. injectată pre operator.

Bilbao nu a depăşit cantitatea de 20 cmc. Evipan sol. 10%.

Semnele de anestezie. — Anestezia începe în momentul relacsării maxilarului şi apariţiei respiraţiei stertoroase. Profunzimea anesteziei este marcată de reflexele pupilare şi corneene ca la celelalte anestezii.

Are şi unele inconveniente anume, produce contracturi musculare şi zguduiri pentru cari *Bilbao* recomandă injecţii Sedol sau Morfină 2 cmc. la ½ oră înaintea operaţiunii. El adăogând Sulfat de magneziu la Morfină nu observă excitaţie post-operatorie. Sulfatul de magneziu este antispasmodic şi analgezic şi se foloseşte: 4—5 cmc. sol. apoasă Sulfat Mag. 25% a mestecată în momentul injecţiunii cu 1 — 2 ctgr. morfină.

Este uşor hipotensiv şi necesită injecţii corective, dar nu se vor face cu Adrenalină şi Efedrină căci pot produce accidente pulmonare; se recomandă injecţiuni masive de camfor.

Este contraindicat la şocaţi şi hemoragici cum şi la răniţii feţii.

Cu toate aceste inconveniente rămâne totuşi unul din cei mai buni anestezici pentru răniţii gazaţi, pentru calităţile mai sus arătate şi pentru faptul că este lipsit de pericol, lipsit de complicaţii tardive; dă o stare foarte bună post-operatorie şi are un preţ redus (costul unei injecţiuni de Evipan (Bayer) este de 3 — 4 ori mai mic decât costul unei cantităţi de Cloroform sau Eter, necesare unei narcoze.

*

Câteva indicii pentru constatarea anemiei pernicioase

W. Vogel, Spit. Rosenheim:

Landarzt 1940, Nr. 4, pag 25.

In practică medicală nu este întotdeauna uşor să se fixeze diagnoza de anemie pernicioasă, cu atât mai mult, cu cât în multe cazuri fenomenele caracteristice (glosita, paloarea şi sensibilitatea percusiunii osoase) lipsesc cu desăvârşire.

Astfel, dacă se renunţă la examenul hematologic, maladia poate fi confundată cu histeria. Vogel descrie un bolnav tratat fără rezultat timp de 3/4 an din cauza nevralgiilor, a indispoziţiei şi a parestezilor, cu masaje, băi alifii, etc. In cele din urmă bolnavul fu internat la spital cu diagnoză de scleroză multiplă, însă hemograma făcută era concludentă: hemoglobina 45%, hematii 1.620.000, valoarea globulară 1,3 şi anume o anemie pernicioasă cu mieloză funiculară. Fenomenele nevralgice dominau tabloul clinic. S'a aplicat Campolon şi vitamina B1 intramuscular, HCl pe cale bucală, astfel încât după 5 săptămâni tabloul sanguin se prezenta în felul următor: hemoglobină 65%, hematii 3.500.000, valoarea globulară 0,9. Starea generală s'a ameliorat simţitor.

Intr'un alt caz, o femeie în vârstă de 42 ani fu internată cu diagnoza de schizofrenie. Bolnava prezenta stări de depresiuni psihice; o încercare de sinucidere fu observată la timp. La spital bolnava declară, că de un an suferă de parestezii ale mâinilor. Hemogramă (valoarea globulară 1.2) ne asigură diagnoza de anemie pernicioasă. Starea de depresiune psihică dispăru deja după injecţia de Campolon.

O altă femeie fu îndrumată la spital cu diagnoza de scepticemie cu streptococi (viridians). Din anamneză se constată anemie, ameţeli, nevralgii ale piciorului drept, gripă succedată de o endocardită, iar starea de subfebrilitate permanentă îngreună diagnoza. Hemograma executată abia la spital, redă: hemoglobină 48%, hematii 1.900.000, valoarea globulară 1,2 confirmă diagnoza de anemie pernicioasă. Tot astfel, alte 6 cazuri de «maladii ale tractului digestiv», tratate fără rezultat, s'au dovedit ca anemii pernicioase. La nici unul din aceşti bolnavi, nu s'a făcut hemograma, care ar fi asigurat diagnoza, încă dela început. Ar fi deci de dorit, ca în cazurile dubioase, să se recurgă la hemogramă, pentruca bolnavii de anemie pernicioasă să poată fi trataţi încă din timp cu ajutorul extraselor hepatice.

*

Referitor la etiologia şi tratamentul stomatitei aftoase

Dr. M. Roller, Rossatz

Med. Klin. 1939, Nr. 3.

Referitor la etiologia şi tratamentul stomatitei aftoase:

Roller constatând odată stomatită aftoasă după regim hipoclorurat, dă de acum înainte la această afecţiune cantităţi mai mari de clorur de sodiu (6 — 8 — 10 gr.) în alimentaţie şi observă dispariţia rapidă a turburărilor. De 4 ori s'a obţinut vindecarea şi prin doze mai mari de Vogan, în 2—3 zile; un copil de 1½ ani a căpătat de două ori câte 10 picături pe zi, un copil de 3 ani de 3 ori 10 picături şi 2 adulţi de 3 ori 20 picături Vogan. Stomatita dispare astfel fără orice alt tratament local.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literafură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la „Romigefa" S. A. R. str. Brezoianu 53,

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

In toate anemiile şi reconvalescenţa

FERCUPAR

TABLETE

(Fer + cupru + ficat + vitamină B)

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

Constipații mai ales la femei și copii
Convalescenți—Operați.

LAXATIF GOBEY

Extracte vegetale și suc de fructe proaspete

Adulți: 1–2 linguri de supă seara la culcare.

Copii: jumătate doză.

Toate pirexiile infecțioase

PYOFORMINE

Puroi aseptic -|- Uroformine

Fiole: 1–4 pe zi, intramuscular sau intravenos.

Antiseptic al căilor biliare și urinare.
Antiseptic sanguin.

Uroformine Gobey

Hexametilentetramină pură

Comprimate: 2–4 pe zi, dizolvate în apă rece.

Fiole: de 2 și 5 cc., intravenos.

LABORATOIRES GOBEY — PARIS

Eșantioane și literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREȘTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XVIII. No. 20 — 10 Lei Exemplarul — 15 Octombrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. G. PROCA: *Factorii pelagrogeni ajutători* 221

Dr. STATE DRĂGĂNESCU: *Câteva date noi privitoare la problema distrofiei musculare progresive* 224

Agr. Dr. ION MARIAN şi Dr. CORNELIU CIACALOPOL: *Rezultatele obţinute cu iodaurol în maladia lui Nicolas-Favre, Limfogranulomatoza inghinală benignă* 226

REVISTA CĂRŢILOR

Nutriţie şi dietoterapie-Alimente-regimuri, de Mircea Petrescu şi A. Suţianu, recenzat de Dr. Gh. Litarczek 229

Thérapeutiques biologiques des affections mentales par M. M. H. Claude Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale et P. Rubenovitch, Chef de Laboratoire de la Faculté de médecine de Paris, recenzat de Prof. Dr. P. Tomescu. 230

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noul Decan al Facultăţi de Medicină din Bucureşti; Noul Efor al spitalelor civile; Scindarea serviciilor de specialitate, ale spitalelor şi sanatoriilor statului; Pensionarea Profesorilor universitari la vârsta de 65 ani; Interzicerea arendării farmaciilor şi drogheriilor la evrei; Premiile Academiei Române ce se vor decerna în anul 1941, pentru lucrări medicale . . 231

Dizolvarea actualului consiliu al colegiului medicilor; şi numirea unei comisii interimare; Noua conducere a Colegiului medicilor şi instalarea comisiunii instituită de minister; Noul medic şef al capitalei 232

Spasmoliticul şi analgezicul de un gen nou!

Dolantin

Clorhidrat al 1-metil-phenilpiperidin-4-ester al acidului carbonic.

DOLANTIN înlocueşte în mare măsură atropina şi alcaloizii opiului

DOLANTIN nu are nici un efect narcotic

DOLANTIN este aplicabil pe cale bucală şi în injecţiuni

Indicat în spasmele musculaturii netede, în colici, şi chiar în cele mai grave stări dureroase.

Ambalaje originale: Cutii cu 10 şi 20 tablete / Cutii cu 5 fiole de 2 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

V I T A P L E X

Vitamine „CHINOIN"

Numele preparatului — Substanta activă	INDICAŢIUNI	IN COMERŢ:
Vitaplex A = Vitamina A.	Asigurarea creşterii, apărarea contra infecţiilor, regenerarea retinei. 1 cmc.=35 gtte=40.000 U. I. vitamină A. 1 drag.=4.000 U. I. 1 cmc.=10 drag.	*Sol. oleoasă*: flacoane cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ A+D = Vitamina A+D_2	Profilaxia şi tratamentul rahitismului, turburări de creştere şi dentiţie, etc. 1 cmc.=35 gtte=10 drag.=40.000 U. I. vit. A+15.000 U.I. Vit. D_2.	*Soluţie oleoasă*: flac. cu 5 cmc. *Drageuri*: flac. cu 50 buc.
„ B = Vitamina B_1 0.002 g. 0.010 g.	Antinevritică. Reglementarea metabolismului hidraţilor de carbon. 1 tabl.=0.001 gr. resp. 500 U. I. vitamina B_1 crist. 1 amp.=0.002 resp. 0.010 gr. vitamina B_1 crist. (1000 şi 5000 U. I.).	*Tablete:* tuburi cu 20 buc. *Injecţii:* cutii cu 3 amp. × 0,002 g. „ „ 3 amp. × 0,010 g.
„ C = Vitamina C 5% şi 10%	Antiscorbutică. Boala lui Möller Barlow, diateză hemoragică, astenie de primăvară, alteraţii ale dentinei etc. 1 tabl.=0.10 g. 1 amp.=0.05, 0,10 resp. 0,20 g. vitamină C. în soluţie apoasă.	*Tablete:* tuburi cu 10 buc. *Injecţii*: cutii cu 5% { 5×1 cm / 5×2 cmc. „ « « 10% { 5×1 cmc. / 5×2 cmc.
„ D = Vitamina D_2 (Devitol)	Reglementarea metabolismului calciului. Profilaxia şi tratamentul rahitismului, etc. 1 cmc.=35 gtte=5 drag.=0.375 mg. resp. 15.000 U. I. Vitamina D_2 cristalizată.	In comerţ sub numele de **Devitol** *Drageuri:* flac. cu 25 şi 50 buc. *Soluţie*. flac. cu 10 cmc.
„ E = Vitamina E	Asigurarea procreaţiei normale. 1 cmc.=35 gtte=6 drag.=concentraţia în vitamine corespunzătoare la 2 gr. germene grâu.	*Soluţie:* flac. cu 10 cmc. *Drageuri:* flac. cu 50 buc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.

In tratamentul constipației

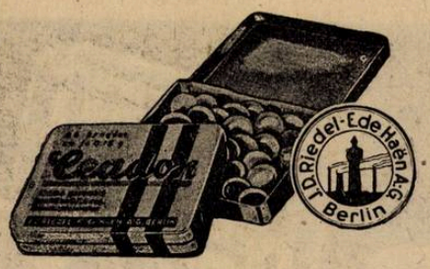
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă la copii și adulți nu este decât:

„LACTOFERMENTUL Dr. ROBIN"

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute și cronice la copii și adulți, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Doze: *Copii până la 3 ani o linguriță la oră*
Copii dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
A dulții 3—4 linguri înaintea meselor.

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL
Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții subcutane în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

In receptura zilnică contra insomniei
se prescrie

Phanodorm

Somniferul universal

După somn reconfortant redeșteptare
cu senzație de vioiciune

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablete de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

„ROMIGEFA" S. A. R. BUCUREȘTI I.
Str. Brezoianu No 53, Tel : 3.92.86

„CHIMIROMAN" BUCUREȘTI. I.
Str. Th. G. Masarik 32, Tel. 2.72.34

Anul XVI No. 20 10 Lei Exemplarul 15 Octombrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

FACTORII PELAGROGENI AJUTĂTORI

de Prof. Dr. G. PROCA

Fără să fie un aliment complet, porumbul este destul de bogat în principii nutritive, conținând după *Woods* (1) pe lângă hidrocarbonate, 12,7% albumină și 4.3% grăsime. Analizele făcute la noi de dr. *Silvia Boldescu* (2) arată că porumbul portocaliu conține 7.23% substanțe grase și 11.49% substanțe azotoase, care ajung la 11.84% pentru varietatea cincantin; mălaiul țărănesc din comerț are 4.44% substanțe grase și 8.94% substanțe azotoase, iar celelalte soiuri între 3.45% și 6.69% grăsime iar albumina între limitele deja indicate.

Protidele din porumb, lipsite de unele aminoacide indispensabile, sau conținându-le pe toate, după *McCollum, Simmonds* și *Pits* (1), dar nu în proporții potrivite unele față de altele, au o valoare biologică scăzută *(I. I. Nițescu)*. Cu toate acestea glutellina din porumb, — zeină și glutenină, este utilizată de organismul câinelui tot așa de bine ca și carnea *(Mendel* și *Fine)*; pe de altă parte *Swanson* a putut hrăni porci, exclusiv cu porumb, timp de 3 ani cu bune rezultate (1).

Intru cât privește vitaminele, porumbul nu poate satisface pe deplin nevoile organismului pentrucă nu conține factorul C și mai ales vitamina antipelagroasă PP (acidul nicotinic). In schimb nu-i lipsesc factorii B_1, B_2, B^6 *(adermina)* și H; vitamina A se găsește, — foarte puțină în porumbul alb, și abundentă în porumbul galben, — sub formă de kayptoxantină, care este un alcol-caroten cu funcțiune de pro-vitamină A (3).

Alături de substanțele enumerate porumbul conține substanțe pelagrogene care inactivează în organism acidul nicotinic; de curând a putut să fie izolată din porumb o substanță colorantă, roșie-fluorescentă, cu acțiune toxică și care ar fi răspunzătoare de producerea pelagrei. Insfârșit trebue notat că uleiul de porumb poate vindeca „pelagra" experimentală a șobolanului (3).

Consumat zilnic, în cantitate mare porumbul dă naștere pelagrei endemice, la țară, dar regimul alimentar maidic, — hiperglucidic, hipovitaminat și în parte toxic, — nu poate fi el singur cauza endemiei pelagroase.

In America, din 1000 locuitori cari se hrănesc cu mălaiu se îmbolnăvesc de pelagră în medie numai 5 pe an; la noi media anuală se ridica în Moldova la 7, iar în toată țara era de 3.1 la mie într'o perioadă de 5 ani (1931-1935). Pe de altă parte, chiar în centre pelagroase cu o morbiditate de 10 ori mai mare ca în satul Osoi, de pildă, indicele de morbiditate oscilează în cursul anilor de la simplu la dublu (4), ceeace nu s'ar observa dacă regimul alimentar maidic, — care este regimul obișnuit, — ar constitui singur cauza pelagrei.

Deasemenea mersul endemiei pelagroase în țară arată fluctuații însemnate de la an la an și de la județ la județ (5), deși alimentația populației rurale rămâne aceeaș, cel puțin întru cât privește consumarea porumbului ca aliment de nădejde.

Se constată apoi că în familie atinse de pelagră, în majoritatea cazurilor boala nu se ivește la mai mulți membri deodată, rămânând de obiceiu limitată la câte un singur membru. «In această privință ancheta pe care a făcut-o la *Doljești* (1903) dă rezultate în totul comparabile cu cercetările puțin cunoscute ale lui *Boudin*. Acest autor examinând 657 gospodării de pelagroși cu 740 copii găsește că boala atinsese pe câte un membru al familiei în 67% din cazuri și anume:

în 24% din cazuri era pelagros numai tatăl;

în 27% din cazuri numai mama;

în 16% din cazuri era pelagros numai un copil.

In 33% din cazuri erau pelagroși mai mulți membri ai familiei, și anume de 15 ori la sută erau bolnavi ambii soți, iar în 18% din cazuri erau bolnavi 2 sau mai mulți copii deodată.

„Din partea noastră făcând o anchetă de acelaș fel asupra 68 familii de pelagroși cu 335 membri, dintre cari 196 copii, am putut constata că în 73.6% din familii era pelagros numai câte un membru, pe când restul de 26.4% dădea câte 2 sau mai mulți bolnavi de pelagră în acelaș timp» (6).

Slătineanu și colaboratorii observă asemena că «din cele 10 sau și mai multe suflete care locuesc în aceeaș casă, ca să nu zicem în aceeaș odae (vezi ancheta noastră asupra pelagrei în satul Osoi) numai unul sau doi prezintă simptome de pelagră» (4).

Membrii gospodăriilor atinse de pelagră se hrănesc fără îndoială la fel, și dacă totuși acelaș regim alimentar maidic îmbolnăvește de pelagră numai pe câte unul sau doi, rezultă în chip vădit că au luat parte la îmbolnăvire și unii factori pelagrogeni auxiliari.

In toate împrejurările amintite, de îmbolnăviri parțiale, pe alese, cari sunt factorii ajutători?

Examinând oscilațiile endemiei pelagroase în trecut, *Slătineanu* și colaboratorii, după ce reproduc cifrele publicate de *V. Babeș*.

La 1910	se cunoșteau	53.400 cazuri;
La 1911	» »	80.000 cazuri;
La 1912	» »	37.191 cazuri.

conchid: «E sigur că oscilațiile neexplicabile de la an la an sunt datorite imperfecției metodelor de înregistrare» (4). Dar de la 1930 înainte înregistrarea îmbolnăvirilor și a deceselor se face în condiții cu mult mai bune, fără ca oscilațiile morbidității și ale mortalității de pelagră să înceteze. Inexplicabile la prima vedere, aceste oscilații pot să însemneze că în caz de urcare a cifrei pelagroșilor — bolnavi și morți — intervin condiții care lucrează împreună și în acelaș sens cu regimul alimentar maidic, având rolul de factori pelagrogeni ajutători. Dintre aceste condiții, întâia care trebue examinată este însăși natura sau calitatea porumbului consumat, calitate care variază în cursul anilor.

Cu privire la rolul acestei condiții variabile merită toată atenția constatarea pe care o face dr. *Moise Enescu* ocupându-se de pelagra din județul Roman. «Este de observat — scrie d-sa — că după ani foarte răi cu lipsă de porumb sau porumb necopt întâiul an nu înregistrează numai decât o creștere cu mult mai mare a numărului cazurilor. In timpul acesta se observă numai o mare mortalitate infantilă. Tocmai în al 2-lea an numărul cazurilor crește» (7).

Considerând însemnătatea relațiunilor posibile dintre recoltele de porumb și endemia pelagroasă, am cercetat care a fost producția mijlocie de porumb la hectar pe fiecare an, de la 1931—1937 și numărul bolnavilor noi de pelagră din anul următor fiecărei recolte; cifrele comparative se văd în tabela din pagina următoare.

I. *Recoltele de porumb şi pelagra*

Anul	Chintale la ha.	Bolnavi noi
1931	12.7	9.794
1932	12.5	9.499
1933	9.4	13.738
1934	9.6	18.427
1935	10.4	17.737
1936	10.7	13.955
1937	9.6	21.969

Se vede că după anii 1931—32, cu o recoltă relativ bună de porumb, media anuală a bolnavilor din următorii 2 ani este de 11.618, pe când după 2 ani cu recoltă slabă (-933—34), media anuală a pelagroşilor din 1934—35 se ridică la 18.082, iar după recolta puţin mai bună din 1935 numărul bolnavilor noi de pelagră *scade* la 13.955 pentru anul 1936. Excepţie face anul 1937, când numărul pelagroşilor creşte după o recoltă mai abundentă. Creşterea se datoreşte, poate, înmulţirii posturilor de medici rurali şi a dispensarelor de la ţară şi consecutiv examinării şi descoperirii unui mai mare număr de bolnavi.

Mortalitatea de pelagră este asemenea influenţată de producţia mijlocie de porumb la ha, cel puţin în 2 din cele 4 regiuni agro-geografice ale vechiului Regat, după cum arată tabela următoare:

II. *Porumbul şi decesele de pelagră la 100.000 locuitori*

	1937	1938	1939
1. *Şesul Siretului şi al Prutului* (10 judeţe)			
Porumb, chintale la ha .	6.1	10.2	—
Pelagră, decese la 100.000 locuitori	46.5	56.3	54.8
2. *Carpaţii Moldovei* 4 (judeţe)			
Porumb	9.6	11.2	—
Pelagră	31.9	38.2	33.4
3. *Carpaţii Munteniei şi ai Olteniei* (8 judeţe)			
Porumb	7.7	7.3	—
Pelagră	39.3	35.8	30.8
4. *Şesul Dunării* (8 judeţe)			
Porumb	9.3	8.6	—
Pelagră	28.8	22.6	15.1

După cum se vede, în regiunile 1 şi 2 recoltele mai slabe fac să crească mortalitatea de pelagră, iar recoltele mai bune o micşorează, pe când în regiunile 3 şi 4 mortalitatea rămâne aceeaşi sau chiar scade după o recoltă mai slabă.

Pe judeţe relaţiunile dintre recoltele de porumb din 1938 şi mortalitatea de pelagră din anul următor sunt arătate în tabela III:

III. *Porumbul şi pelagra pe judeţe*

	Porumb, chintale la ha. 1938	Decese pelagră la 100.000 loc 1939
1. *Şesul Siretului şi al Prutului*	10.2	56.3
Dorohoi	14.3	28.8
Botoşani	16.3	20.5
Iaşi	11.5	62.7
Roman	13.9	85.0
Vaslui	10.5	31.7
Fălciu	6.8	82.1 (sic)
Tutova	8.1	56.3
Covurlui	4.8 (sic)	87.2 (sic)
Tecuci	8.0	65.0
Râmnic-Sărat	6.1	29.3
2. *Carpaţii Moldovei*	11.1	33.4
Baia	14.4	34.7
Neamţ	12.3	24.6
Bacău	10.9	37.1
Putna	8.0	37.2
3. *Carpaţii Munteniei şi ai Olteniei*	7.3	30.8
Buzău	6.2	31.4
Prahova	8.0	26.2
Dâmboviţa	8.2	26.9
Muscel	7.7	33.9
Argeş	6.3	27.8
Vâlcea	7.8	57.2 (sic)
Gorj	7.9	31.2
Mehedinţi	7.1	12.1 (sic)
4. *Şesul Dunării*	8.6	15 1
Dolj	8.7	17.0
Romanaţi	7.4	19.3
Olt	5.9	18.0
Teleorman	7.5	10.8
Vlaşca	10.2	18.3
Ilfov	12.2	9.7
Ialomiţa	7.7	13.6
Brăila	7.0	14.2

In general, în judeţele din primele 2 regiuni agro-geografice, unei recolte *slabe* de porumb îi urmează o mortalitate *ridicată* de pelagră, dar acest raport invers se întâlneşte numai excepţional în judeţele din celelalte 2 regiuni.

Deosebirile acestea pot fi datorate întinderii şi gravităţii particulare a endemiei pelagroase din cele 4 regiuni ale vechiului Regat *în orice timp*. De fapt, după cifrele pe care le avem pentru anul 1936 situaţia pelagrei — bolnavi noi şi vechi, — era următoarea:

IV. *Pelagroşi înregistraţi în 1936*

1. Şesul Siretului şi al Prutului	21.312 la	1.550.603 loc.	sau 1.370 la	100.000
2. Carpaţii Moldovei	7 154 „	723.421 „	„ 9 0 „	„
3. Carpaţii Munteniei şi ai Olteniei	17.439 „	2.176.022 „	„ 850 „	„
4. Şesul Dunării	16.594 „	2.373.892 „	„ 700 „	„

Letalitatea medie, calculată aproximativ, este de 4.0% în primele 2 regiuni, de 4.4% în regiunea 3 şi de 3.2% în ultima regiune.

In judeţele cu mai puţini pelagroşi există probabil condiţii care atenuează acţiunea recoltelor slabe de porumb pe când în judeţele din regiunea Carpaţilor Moldovei şi mai mult încă în regiunea de şes a Siretului şi a Prutului intervin dimpotrivă factori cari ajută producerea pelagrei sub influenţa anilor agricoli răi. Aceşti din urmă factori ar putea fi cei cuprinşi de obiceiu în rubrica «situaţie materială rea» sau «sărăcie».

Greutatea este să găsim indicatorul şi măsura sărăciei din judeţele atinse mai mult de pelagră. Metoda ingenioasă imaginată de dr. *C. C. Gheorghiu* (8), şi întrebuinţată ca să clasifice judeţele după «gradul de salubritate a locuinţelor rurale în 1938» mi-se pare potrivită şi pentru determinarea gradului de sărăcie a populaţiei de la ţară.

Prin «*calificarea*» judeţelor cu numere de la 1—71, după proporţia locuinţelor cu o singură cameră, putem stabili grade de sărăcie, cu atât mai mare cu cât «calificativul» numeric al judeţelor se depărtează mai mult de 1.

Luând acest criteriu de clasificare, găsim că procentele cele mai ridicate de case cu o singură cameră, şi deci săraci mai numeroşi, se găsesc în primele 2 regiuni agro-geografice, după cum se vede în tabela V.

V. Clasificarea judeţelor după proporţia săracilor

1. Şesul Siretului şi al Prutului	
Dorohoi	60
Botoşani	63
Iaşi	65
Roman	67
Vaslui	68
Fălciu	66
Tutova	56
Covurlui	53
Tecuci	45
Râmnicu-Sărat	52
2. Carpaţii Moldovei	
Baia	69
Neamţ	70
Bacău	31
Putna	42
3. Carpaţii Munteniei şi ai Olteniei	
Buzău	18
Prahova	16
Dâmboviţa	37
Muşcel	8
Argeş	28
Vâlcea	2
Gorj	5
Mehedinţi	10
4. Şesul Dunării	
Dolj	6
Romanaţi	3
Olt	4
Teleorman	58
Ilfov	24
Vlaşca	51
Ialomiţa	1
Brăila	29

Deşi «indicele de sărăcie», ales în

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOC
MENINGOCOC
GONOCOC
STREPTOCOC
STAFILOCOC

Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (P. amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50 g

doza medie la adult în primele zile:

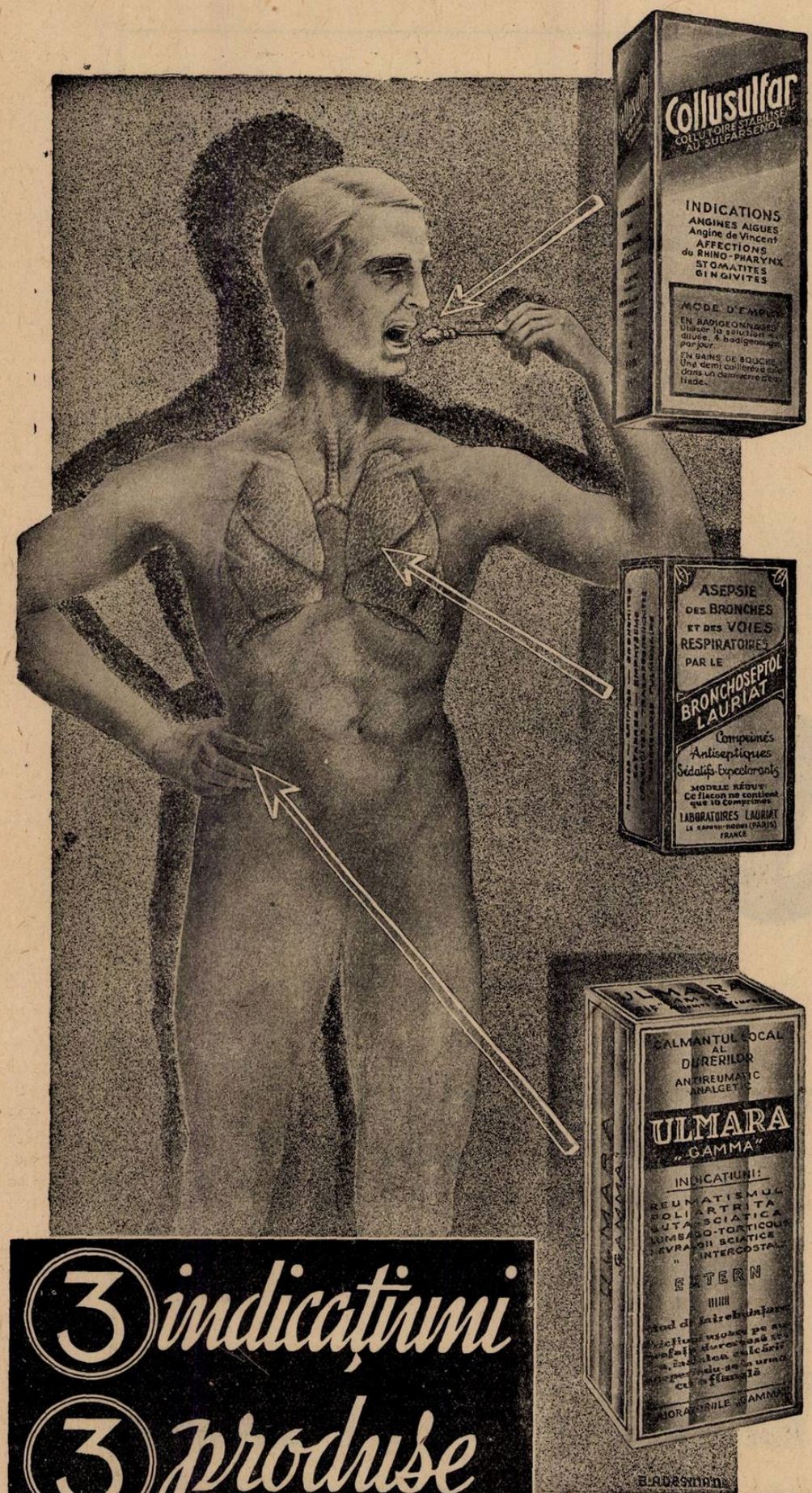
3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Propagande medicale; «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III



COLLUSULFAR

SULFARSENOL . . 5 gr.
EXCIPIENT q. s. p. 100 cc.

ANGINE ACUTE
ANGINA LUI VINCENT
GINGIVITE

BADIJONAJ ȘI BĂI DE GURĂ

BRONCHOSEPTOL

„LAURIAT"

Pudra de Doveri	Ipeca	0,01
	Sulf. de pot.	0,04
Codeinată (0,10)	Nifr. de pot.	0,04
	Codeină	0,01
BROMOL (Tribr.)		0,02
Extract de Aconit		0,0025
„ de Belladonă		0,005
Terpină		0,05
Benzoat de Sodiu		0,10
Excipient		0,33

AFECȚIUNILE CĂILOR RESPIRATORII

4—6 PE ZI

ULMARA

„GAMMA"

ES. DE SPIREA ULMARIA
„ „ MATRICARIA
„ „ TEREBENTINĂ
„ „ THYM
„ „ LAVANDĂ
„ „ ROSMARIN
CLOROFORM

ANTIREUMATIC ANALGETIC

FRICȚIUNE

3 indicațiuni
3 produse

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., București IV. Avram Iancu 32, Tel.: 5.51.51

lipsă de altul mai precis, are o valoare cu totul aproximativă, clasificarea după acest indicator arată destul de lămurit că judeţele cu mai mulţi săraci, — locuitori în case cu o singură odae, — sânt tocmai cele în care pelagra este mai frecventă şi stă mai mult sub înrâurirea anilor cu recolte slabe de porumb.

In rezumat faptele examinate întăresc concluzia că regimul alimentar maidic devine pelagrogen numai în condiţii bine determinate, cu concursul unor factori ajutători, cari lucrează în acelaş sens cu regimul alimentar, acesta rămânând numai virtual pelagrogen, când factorii auxiliari lipsesc.

Influenţa recoltelor de porumb asupra frecvenţei pelagrei arată că unul din factorii pelagrogeni auxiliari trebue căutat în proprietăţile, — probabil alterate, ale porumbului dat de o recoltă slabă. Analize sistematice, chimice şi biologice, rămân de făcut asupra unor probe de porumb care ar fi luate din centrele de pelagră mai întinsă şi din recoltele submediocre care hrănesc populaţia îmbolnăvită din aceste centre, după fiecare an agricol rău.

Cât despre factorul «sărăcie», al cărui rol este atât de însemnat şi evident încât unii pelagrologi privesc pelagra ca un *«vergognoso stigma di poverta» (Strambio)*, acest factor atrage serios atenţia asupra unei probleme mai grave de cât pelagra, anume problema *pauperismului rural.* Intinderea adevărată a acestui rău, cauzele care îi dau naştere ca şi remediile necesare sânt chestiuni capitale, dar ele depăşesc domeniul medicinii şi al igienei.

* * *

Pe lângă factorii auxiliari *externi*, pe cari i-am examinat, intervin în producerea pelagrei endemice şi factori interni, individuali; altfel nu s'ar explica faptul de observaţie curentă că de cele mai multe ori boala atinge pe unul singur din membrii unii familii, deşi condiţiile externe de viaţă sânt aceleaşi pentru toţi, cu deosebire în ceeace priveşte regimul alimentar maidic.

Factorii auxiliari individuali pot fi identificaţi, cel puţin în parte, dacă observăm că la noi *frecvenţa pelagrei stă în raport direct cu vârsta bolnavilor.* Intr'o lucrare din 1903 (6) scrieam în această privinţă: «puţin frecventă în copilărie şi tinereţe, pelagra devine de 2—3 ori mai frecventă între 20 şi 40 ani, iar de la 41 ani în sus de 4—5 ori mai mare decât în prima perioadă, de la naştere până la 21 ani».

«Următorul tablou învederează bine raporturile dintre pelagră şi etatea mai înaintată:

Frecvenţa pelagrei după etate

Proporţia la 1000 loc. de aceeaş vârstă

Etatea	*Brăila*	*Covurlui*	*Roman*
De la 0—20 ani	12	14	10
De la 20—40 ani	23	32	35
De la 41 ani în sus	48	52	63

„Aceste proporţii sânt stabilite după mediile anilor 1900—1901 pentru Brăila şi Covurlui, iar pentru judeţul Roman după media anilor 1897, 1900 şi 1901, rezumând în totul 17.027 observaţii din statistica pelagroşilor acestor 3 judeţe. Cifra populaţiei rurale la care am raportat numărul pelagroşilor este cifra dată de recensământul din 1899».

«Pentru *Dolheşti* statistica ale cărei elemente au fost adunate de noi înşine dovedeşte acelaş raport între etate şi pelagră. Astfel obsevând 124 pelagroşi de toate vârstele am găsit următoarele proporţii:

de la 0—10 ani pelagroşi 9.7 la 100 bolnavi;

de la 11—20 ani pelagroşi 12.0 la 100 bolnavi;

de la 21—40 ani pelagroşi 36.3 la 100 bolnavi;

de la 41 ani în sus pelagroşi 42.0 la 100 bolnavi.

După trei decenii, între 1931—1935, situaţia pentu toată ţara era următoarea:

La 100 cazuri pelagră (bolnavi noi)	
De la 0—14 ani	12.17
De la 15—30 ani	28.83
De la 31—44 ani	38.0
De la 45 ani în sus	22.0

Intr'o perioadă de 6 ani (1931—1936) pelagra *la copii* între 0—14 ani a oscilat între *minimum* 10% în 1934 şi *maximum* 14.6% în 1935, dacă ţinem seamă de toţi bolnavii *noi* din ţară. Pe când la 100 locuitori de toate vârstele *copii* de la 0—14 ani sânt 33.3, la 100 bolnavi *noi* de pelagră sânt copii de la 0—14 ani numai 12.17.

Frecvenţa mică a pelagrei la copii arată că organismele tinere rezistă mai bine factorilor pelagrogeni din porumb. In ceeace priveşte lipsa vitaminelor indispensabile este ciudat faptul că regimul alimentar maidic hipovitaminat nu îmbolnăveşte mai des şi mai grav pe copii, cari după cum se ştie sunt deosebit de sensibili în caz de avitaminoze sau hipo-vitaminoze.

In America, după *Murphy* pelagra la copii este mult mai uşoară şi fără simptome nervoase; de altfel şi acolo se întâlnesc rar copii pelagroşi, în 10% din cazuri după *Snyder* (1).

Relaţiunea dintre pelagră şi sexul bolnavilor este de asemena caracteristică şi dă oarecare indicaţii asupra naturii factorilor auxiliari endogeni.

După cercetările mele din 1903 (6) «contingentul cel mai mare de bolnavi este dat de vârsta de la 41 ani în sus, atât la bărbaţi cât şi la femei, dar pe când populaţia masculină este puţin atinsă de pelagră între 20 şi 40 ani, populaţia femenină dă chiar la aceasta vârstă un procent de femei pelagroase de 3—4 ori mai mare».

De altfel aceste deosebiri pronunţate se văd bine în următorul tablou:

Pelagroşi după etate şi sex.
Proporţia la 1000 loc.

Etatea:	*Brăila*		*Covurlui*		*Roman*	
	Bărbaţi	Femei	Barbaţi	Femei	Bărbaţi	Femei
De la 20—40 ani . .	12	34	13	52	18	60
„ „ 41 ani în sus . .	43	57	44	62	51	66

«La *Dolheşti* din 124 pelagroşi de toate vârstele aparţineau sexului masculin 46 bolnavi, pe când sexul femenin dădea 78 bolnave, dintre care numai 15 erau fete sau femei tinere, mai mici de 21 ani».

Statistica publicată în 1939 de dr. *I. Leonida* arată că din 471 pelagroşi observaţi de d-sa, 18.7% erau de sex masculin şi 81.3% de sex femenin; copii până la 15 ani se găseau între aceşti pelagroşi numai 7.6% (9).

In America pelagra la femei este de 2 şi de 3 ori mai frecventă de cât pentru sexul masculin (1); în România (1932) la 100 bolnavi **noi** de pelagră erau 69.3 *femei.*

Dacă vârsta şi sexul exercită o acţiune evidentă asupra frecvenţei şi grupării particulare a cazurile de pelagră, aceasta atârnă în parte de stările organice sau individuale pe care le designează eticheta de vârstă «mai înaintată» şi «sex femenin».

Slătineanu şi colaboratorii (4) «prin probele de explorare funcţională au putut demonstra existenţa unei insuficienţe hepatice şi renale în cursul turburărilor acute ale pelagrei». Asemenea insuficienţe şi deosebite meiopragii care se produc şi se accentuează cu vârsta — la femei atonia tubului digestiv, slăbiciunea nervoasă, turburările pe care le creează maternitatea, menopauza, etc., şi în toate cazurile la copii, bărbaţi şi femei efectele debilitante ale boalelor mai frecvente la ţară — pot contribui la producerea pelagrei, lucrând ca factori auxiliari interni, capabili să transforme în regim pelagrogen un regim alimentar maidic, care în lipsa acestor factori ar fi fost bine tolerat, fără să producă vreuna din manifestaţiile pelagrei.

Din acest punct de vedere orice îmbunătăţire a stării sanitare de la ţară ca şi toate măsurile de mai activă asistenţă medicală ajung să lucreze ca

mijloace de profilaxie antipelagroasă, deoarece înlătură acţiunea unora dintre factorii auxiliari interni, pelagrogeni prin asocierea lor cu regimul alimentar maidic.

Consideraţiile pe care le-am trecut în revistă tind să demonstreze că populaţia rurală ar putea să scape de pelagră, chiar dacă nu s'ar recurge la măsuri extreme, dealtfel inaplicabile, ca excluderea porumbului din alimentaţie.

Epidemiologia arată, circumscriindu-le, care obiective trebuesc atinse mai degrabă: Pauperismul rural, cultura cum dă Dumnezeu a porumbului, salubritatea şi sănătatea satelor în general. In acest fel am da pelagrei endemice înţelesul ei adânc de simptom social revelator, privind-o împreună cu pelagrologul *Strambio* ca un «*indiscreto e sensibilissimo dinamometro delle condizioni delle proprie classi agricole e della propria agricultura*».

BIBLIOGRAFIE. — *1. C. Funk:* Die Vitamine, ed. III, 1924. — *2. Silvia Boldescu:* Porumbul şi mămăliga în «Problemele sanitare ale populaţiei rurale din România», p. 360. — *3. W. Stepp, J. Kühnau, H. Schröder:* Die Vitamine u. ihre. Klinische Anwendung, IV Auflage, 1939. — *4. A. Slătineanu, I. Nifulescu* şi *M. Sibi*: Pelagra în România. «Mişcarea med. rom. 1939, p. 148. — *5. G. Proca*: Mersul pelagrei endemice. «România med.» Septembrie 1940. — *6. G. Proca.* Cercetări asupra pelagrei 1903. — *7. Moise Enescu* în «Probleme şi realizări». Vol. I, p. 480. — *8. Dr. C. C. Gheorghiu:* Locuinţa rurală în România. «Buletinul Minist. Sănăt. 1940, p. 329. — *9. Dr. I. Leonida:* Este pelagra o boală de carenţă sau o boală constituţională? în «Mişcarea med. rom.» 1939, p. 635.

Sursa datelor statistice interpretate de autor o constitue *Buletinul demografic al României*, *Anuarul statistic al României pe 1937 şi 1938*, şi pentru aceiaşi ani *Statistica agricolă a României*.

Câteva date noi pr.vitoare la problema distrofiei musculare progresive

(Din lucrările „Congresului Neurologic internaţional din Copenhaga 1939).

de Dr. STATE DRĂGANESCU

S'au adus *date noi în direcţia heredo familialităţii miopatiilor* şi referitor la *metabolismul umoral* existent în domeniul acestor boale.

Să amintim întâi, că grupul miopatiilor cuprinde: miastenia gravă, miotonia congenitală, distrofia miotonică *(Steinert)* şi distrofia musculară progresivă (denumită obişnuit miopatie primitivă progresivă). Aceasta din urmă cu caracter heredo-familial neîndoelnic. *Biro Max* a observat un număr total de 56 bolnavi atinşi de această formă de miopatie. Din aceştia 39 de sex masculin, 17 femenin. Cele mai multe cazuri între 3 — 5 ani, mai puţin numeroase între 17 — 19 ani, rari între 19 — 25, excepţionale către 50 ani. Familialitatea are caracterul cel mai distinct. Din cele 8 familii cu distrofie musculară progresivă, boala a fost observată la: o mamă şi doi copii; la 3 fraţi şi unchiul lor; la o mamă şi 2 copii; la 2 surori, doi fraţi şi cei doi veri; la 2 surori şi fata uneia din aceste surori; la o mamă şi copilul ei; la trei fraţi şi copilul unuia din aceşti fraţi. In două familii distrofia a cruţat primul lor copil; în alta cei doi copii mai în vârstă erau indemni; în altă familie numai al 3-lea, al 4-lea şi al 6-lea copil erau sănătoşi. Transmisiunea ereditară prin mamă. Intr'un caz sărea o generaţie (doi fraţi şi unchiul lor bolnav).

Ernst Longo a făcut observaţiuni pe 138 cazuri. Din aceştia, probanţii îşi trăgeau obârşia din căsătorii de consanguinitate apropiată. Longo a văzut, că unele forme de distrofie musculară, la unele rude aparent sănătoase, existau anomalii ale scheletului, ale aparatului neuro-muscular, ale sistemului nervos vegetativ. Aceasta ar dovedi, că indivizii cu atari anomalii sunt purtătorii unui factor hereditar distrofic inhibat.

După Longo, în formele juvenile de distrofie musculară progresivă, caracterul ereditar e dominant.

Observaţiuni interesante pe patru generaţiuni neîntrerupte de miopatici, aduce *P. Becker*. In cei patru arbori genealogici (76 bolnavi) autorul a văzut deasemeni o ereditate dominantă. Ar exista chiar *un biotip dominant*, ce s'ar deosebi de forma recesivă obişnuită şi de forma recesivă legată de sex, prin o apariţie mai tardivă şi prin o evoluţiune mai uşoară». Pe când în aceste din urmă forme, boala începe cu centura basinului şi are un mers ascendent, în biotipul dominant se prinde mai întâiu faţa, iar mai târziu braţele, trunchiul, basinul, membrele inferioare.

Factorii: sex, constituţie, disfuncţii endocriniene au un rol în variabilitatea fenotipului distrofic muscular. Femeile fac în genere forme mai uşoare (influenţa sexului). La atletici găsim tablourile morbide cele mai grave. Picnicii (constituţia picnică e rară la bărbat) prezintă distrofii mai mici. Leptosomii au forme atrofice.

Cât priveşte *relaţia cu sistemul endocrinian, Becker* semnalează faptul că disfuncţiile genito-hipofizare (obezitate, turburări menstruale, etc.) se însoţesc întotdeauna de distrofii musculare grave. Acest fapt se explică prin *relaţiunile strânse ce există între funcţiunea musculară şi glandele endocrine.* De această problemă se ocupă amănunţit în excelentul său raport *Rangar Forsberg* (Oslo). Vom reda după acest autor datele şi concluziunile sale.

Musculatura striată este guvernată de acelaş sistem regulator, care supraveghează activitatea tuturor organelor: nervos, metabolic, hormonal. Orice excitare nervoasă ajunge la celulă numai prin un intermediar chimic, care încă nu e precizat pentru muşchiul striat. Procesele chimice din muşchiu servă în parte pentru metabolismul conservărei celulare, în parte pentru contracţie.

Muşchiul striat fiind depozitul cel mai mare de hidro-carbonaţi din organism, se înţelege ce rol are acesta în metabolismul hidrocarbonat general. Regulatorii hormonali ai metabolismului hidrocarbonat general sunt şi ai metabolismului hidraţilor de C din muşchiu. Glicogenul hepatic mobilizat sub formă de glucoză vine pe cale venoasă la muşchi. Aci, în celula musculară, în parte e ars, în parte e condensat ca glicogen. In repaos, cea mai mare parte e transformată în glicogen. In lucru însă, glucoza adusă e arsă aproape în întregime. Glicogenul din muşchi scade în timpul lucrului şi din glicogenoliza aceasta naşte acid lactic, ce creşte mult în sânge în timpul activităţii musculare. Acidul lactic e dus la ficat şi dacă aci nu e transformat în altceva, devine glicogen. Astfel se închide acest ciclu. Această sinteză a glicogenului din acid lactic, are loc deci numai în ficat. Scindarea glicogenului în acid lactic liberează energia necesară pentru producerea resintezei fosfagenului, şi a acidului adenozin-trifosforic (A. T. P.). Transformarea fosfagenului, a A. T. P. şi a glicogenului, fac un ciclu, în care se intrică scindarea glicogenului şi resintezele.

In timpul lucrului, ficatul reconstitue mereu glicogen din acid lactic; dacă însă munca musculară e considerabilă, activitatea glicogeno-sintetizatoare a ficatului e depăşită de formarea acidului lactic (din glicogenul

Campolon

Extract de ficat injectabil cu efect puternic.

Pentru tratamentul anemiei pernicioase şi al tuturor anemiilor de etiologie neprecisă.

Ambalaje originale:

5 şi 25 fiole de 2 cmc.; 3 şi 15 fiole de 5 cmc.: flacon cu 10 cmc.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86.

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC.

DRAGÉES
A
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM : 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF
51, RUE NICOLO ~ PARIS (XVI)

Reprezentanţa generală : PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. — Telefon : 2.39.46.

Hipnotic, anestezic, analgezic, antispasmodic

SEDOPON LALEUF

Fiole şi compr.

Alcaloizi totali de opiu asociaţi cu Scopolamină şi sulf. de Sparteină.

Fiole : După indicaţiuni la nevoie.
Comprimate : 1—4 comprimate în 24 ore.

Mostre medicale şi literatură la
Reprezentantul general pentru România : PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23 — Bucureşti IV

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

muscular), care astfel creşte în sânge. Mulţumită însă arderei la nivelul muşchilor şi sintezei glicogenului, adică acestei împerecheri de fenomene, muşchiul este ferit de glicogenoliza ameninţătoare *(Riesser)*. Când nu e xistă glucoză, formarea glicogenului se poate face însă din alte substanţe prin oxidare şi sinteză, de pildă din Brenztraubensäure (CH_3 - CO-COOH). Energia necesară sintezei glicogenului e dată de arderea zahărului, acidului lactic, corpilor acetonici.

Imperecherea acestor două fenomene: arderea glucozei şi sinteza glicogenului are un caracter vital şi de aceia organismul caută a o întreţine prin orice mijloace. *Ea este regulată hormonal.* In timpul lucrului însă, întâlnim o aşa zisă desperechere, căci energia oxidaţiei e dată altui proces, care servă contracţiei sau odihnei musculare. După încetarea muncii, reînperecherea revine la normal. O acţiune analoagă are injecţia de adrenalină. Ea face să crească zahărul sanguin, mărind combustia zahărului din muşchi. Glicogenul se dezintegrează, acidul lactic în sânge creşte, (adrenalina ar avea un rol calorigen ca şi activitatea musculară). Probabil că şi în lucru se revarsă o cantitate mai mare de adrenalină în organism.

Insulina are rol accelerator, economisind zahărul, adrenalina rol inhibitor distrugând zahărul din sânge. Insulina grăbeşte formarea de glicogen în ficat şi muşchi. Lipsa de insulină sau excesul de adrenalină alterează quotientul de împerechere a celor două fenomene, căci se distruge glicogenul în cantitate prea mare şi creşte acidul lactic. In absenţa insulinei, celulele musculare deşi au un mediu bogat în zahăr, sufăr totuşi de lipsa de hidraţi de cărbune. Aşa la câinele diabetic prin pancreas, conţinutul în glicogen din ficat şi muşchi rămâne scăzut.

Deci, *rezultatul regulărei hormonale e armonizarea între glucoza absorbită, zahărul ars şi glicogenoliza.*

Metabolismul hidrocarbonat al muşchilor e încă regulat de *lobul anterior al hipofizei.* Hormonul contrainsular al lobului anterior, când zahărul sanguin scade, se revarsă în lichidul ventricular în cantitate mai mare; astfel influenţează centrul zahărului din bulb, stimulând de fapt o producţie mai mare de adrenalină, cu punct de atac pe glicogenul hepatic.

Hormonul cortico-suprarenal are o acţiune inhibitoare asupra formărei glicogenului hepatic din zahăr. In boala lui Adisson, lipsa acestui hormon duce la hipoglicemie prin sărăcirea ficatului în glicogen. *Hormonul thiroidian* duce la scăderea glicogenului hepatic, glicogenul muscular e mai rezistent însă.

In strânsă legătură cu metabolismul hidraţilor de C, este *metabolismul creatinei,* substanţă de stimul muscular. Dezintegrarea ţesutului muscular *(Schaffer)* şi în special a glicogenului muscular duce la creatinurie *(Brentano)*. Creatinuria, adică eliminarea prin urină de creatină, în loc de creatinină, e un semn de deficienţă musculară. Când ea există, activitatea gilcogenoformatoare a muşchiului, după administrarea de glucoză e redusă. Muşchiul are şi proprietatea de a forma sau depozita creatina. Viteza contracţiei ca şi chronaxia sunt influenţate de conţinutul în creatină al muşchiului. In toate afecţiunile cu slăbire musculară, există creatinurie. Aşa e în boala lui Adisson (creatinurie şi lactacidemie, ce dispar cu hormon cortical), în stări tireotoxice (acidul ascorbic aci opreşte creatinuria) în cachexia hipofizară, etc.

In distrofiile musculare progresive, în miastenie, în distrofia miotonică Steinert, există creatinurie, căci în aceste boli, muşchiul a perdut capacitatea de a forma ori depozita creatina. In boala lui Thomsen din contră e o toleranţă crescută pentru creatină. Administrarea prelungită de glicocol în distrofiile musculare scade creatinuria şi creşte creatinina în urină. Prezenţa de creatinurie arată, că în miopatii e o glicogenoliză prelungită. Procesul în intimitatea lui încă nu se cunoaşte. *Hubert Jantz* în o comunicare la acelaş congres relativă la schimbările metabolismului în paralizia periodică, cercetează şi metabolismul creatinei. El pune bolnavul la o alimentaţie lichidă standard, (2l lapte, 4 ouă, 50 gr. grăsime şi o lămâie acră pe zi). Cercetările lui, deşi nu se referă la o boală din grupul distrofiilor musculare, l'au dus la unele fapte importante pentru metabolismul creatinic. El observă că între intervalul dintre accese, se elimină 150 gr. creatină în urină în 24 de ore, iar creatinina are oscilaţii. In zilele de acces creatinuria e de 50 mgr., iar creatinina nu se schimbă. Si în sânge e o scădere a creatinei, la începutul crizei. Scăderea în sânge şi urină a creatinei ar ţine de modificarea trecătoare a fosfor-creatinei (substratul cel mai important al muschiului în activitate). Contracţiunea musculară este legată de desfacerea phosphor-creatinei, care se petrece prin o reacţie împerechiată cu acidul-adenosin-trifosforic, ce duce la liberare de acid creatinic şi fosforic, ce se resintetizează în parte. In lucrul muscular e o creştere de creatină în muschi, sânge, cord.

In muschiul curarizat, ca şi în paroxismul atacurilor de paralizie periodică, e o scădere a dezintegrării phosphor - creatinei. Procesul desintegrării este înhibat (şi deci muşchiul nu se mai contractă) prn scăderea ionului de potasiu, care ajunge dela 20 mgr. % — coţientul seric normal, — la 15,11 mgr. %, în timpul atacului paralitic.

De fapt se ştia *(Neuscholsz)* că scoaterea K din soluţia Ringer aduce pareză şi atonie musculară. Administrarea de 10 gr. de clorur de potasiu în cursul unui atac de paralizie periodică, dealtfel sistează criza.

In legătură cu patogeneza miopatiilor, ţinându-se seamă, ne spune *Forsberg,* de datele actuale, intră în discuţie *factorul endocrin* şi *sistemul nervos autonom.*

Prezenţa de diverse sindrome endocrine în multe cazuri de miopatii (noi înşi-ne am observat sindrome adipozogenitale, pubertate precoce, etc.) arată importanţa factorului hormonal. Astfel în miastenie se ştie că nervul-motor conduce normal, iar muschiul miastenic de asemeni răspunde la excitantul electric. Perturbaţia însă se află la joncţiunea myo-neurală, unde normal se petrece transmisiunea cholenergică dela placa neurală la celula musculară *(Dale* şi *Felberg)*. In miastenie unde e o destructie mare a cholinei prin cholinesterează, prostigmina înhibând cholesterinaza (acţiunea înhibitoare se observă şi în vitro), ori stimulând productia de acetilcholină (ca şi clorurul de potasiu), constitue un remediu eficace în această boală.

O actiune apropiată o are ezerina. *Walther* (1934) a comparat tabloul myastenic cu al intoxicaţiei prin curara si a administrat ezerină tocmai ţinând seamă de antagonismul curara-ezerină. Chinina agravează myastenia.

In ce priveste *relatia miastenică cu perturbări endocrine,* să amintim că *Adler* injectând la câine extract timic a observat o reactie miastenică. Reacţii de oboseală gravă, ce dispăreau cu prostigmină, s'a observat şi prin transplantări repetate de ţesut timic. E posibil că substanţa timică ar distruge acetilcholina or ar accelera formarea esterazei cholinei. Anatomic în 50 la sută din cazurile de miastenie s'a găsit o tumoră timică.

In miotonie — boală opusă miasteniei — fenomenul miotonic încetează prin chinină (agravant al miasteniei), care ar scădea acetilcholina. E posibil însă că această substanţă farmacologică ar prelungi perioada refractară a muschiului (modificând vaso-dilatarea existentă). O acţiune pe cale vasomotorie ar fi poate şi în reacţia miastenică unde ephedrina ar da oarecare rezultate *(Edgeworth).*

In miotonie relaţia cu glandele endocrine e nesigură.

In distrofiile musculare, *Meldolesi* a găsit în 60 de familii o diateză miopatică ce s'ar caracteriza prin: 1) o reacţie cronaximetrică miopatică; 2) creatinurie; 3) curbă în platou de lactacidemie după adrenalină; 4) exces de stercobilină (myobilină) în scaun. In aceste distrofii există în 78% de cazuri o scădere a funcţiei pancreatice *exocrine* (în excreta se găsesc grăsimi şi carne nedigerată) de unde o neresorbţie de acizi aminaţi, pe care organismul îi ia atunci din fibrele musculare Hemoglobina muschiului (myoglobina) se desintegrează, nemai putând astfel cataliza prin ferul său procesul de fixare al acidului carbonic la bazele serului sanguin. Se produce o acidoză, cu anomalii ale hidraţilor de C şi creatinei.

Pentru *Meldolesi*, o terapie cu fermenţi pancreatici e de aceea indicată în miopatii.

Inconstanţa turburărilor glandelor endocrine în miastenie, în miotonie, în miopatii, a îndreptat privirile în spre o altă bază patogenetică şi anume în spre sistemul nervos vegetativ. Ar exista unele fapte în sprijinul acestei ipoteze. *Curschmann* (1921) credea, că miopatiile sunt datorite leziunii unor centri vegetativi centrali. *Foix* şi *Niculescu* (1923) au găsit chiar alteraţiuni în acest sens în miotonia lui *Thomsen* şi în distrofia musculară. *Kuré* şi colaboratorii săi observă, că după rezecţia simpaticului la animale se produc fenomene distrofice în muschii corespunzători, cu leziuni istologice şi reacţiuni electrice ca în miopatii. Procesul distrofic muscular se produce după leziuni la diverse nivele ale sistemului autonom (în muşchi, în simpaticul periferic, în cordonul cervical, în nucleii autonomi spinali şi chiar în centriii mezencefalici ori în cerebel). Adrenalina şi pilocarpina au o acţiune analogă în muschii simpatectomizaţi şi în muschiul miopatic şi chiar prin aceste substanţe *Kuré* şi *Okinaka* ar fi avut rezultate bune în distrofiile musculare clinice.

Einarson şi *Ringstedt* observând alteraţii distrofice musculare la şobolanii cu avitaminoză E, s'au gândit că poate în miopatie e vorba de o labilitate constituţională ereditară a sistemului autonom, care duce la o lipsă de vitamina E. Trebue să remarcăm însă, că în avitaminoza E tardivă, experimentală, apar şi turburări de sensibilitate, care nu se văd în miopatii; de asemeni apar (după *Verzar* şi *Demole*) şi fenomene labirinto-cerebeloase.

In concluziune: în miopatii există turburări mari în metabolismul muscular, în care glandele endocrine şi sistemul autonom au fără îndoială un rol însemnat *(Forsberg)*.

Rezultatele obţinute cu iodaurol în maladia lui Nicolas-Favre, Limfogranulomatoza inghinală benignă

de Agregat Dr. ION MARIAN şi Dr. CORNELIU CIACALOPOL

O maladie venerică prin leziunile sale iniţiale, dar care prin virusul său limfotrop, pătrunde în tot organismul şi uneori poate da localizări cari trec în domeniul altor discipline. Rectosigmoiditele, stenozele anorectale, elefantiazisul, adenitele axilare sau submaxilare, pot fi de natură limfogranulomatoasă, căci oriunde există ţesut limfoid se poate manifesta maladia lui *Nicolas-Favre*. Virusul său este un virus filtrant, cercetările din ultimul timp au dovedit aceasta *(Levaditi, Ravaut, Lépine* şi *Schoen)*. *Broom* şi *Findlay* au stabilit chiar dimensiunile sale la 0,125—0,175 microni. Prezenţa sa în diferitele manifestaţiuni la om nu mai este contestată; el a fost semnalat în: ganglionii inghinali deobicei, în rectitele proliferante, stenozante, în estiomenul vulvar, în manifestările iniţiale ale maladiei lui Nicolas-Favre, ulceraţiuni, uretrite, vaginite. Aceste două din urmă manifestaţiuni, foarte rare, au fost totuşi semnalate în acelaş timp cu adenopatia inghinală.

Tratamentul acestor manifestaţiuni se face prin două metode: *chirurgical* (care a fost preconizat încă dela primele cercetări asupra acestei maladii) şi *medical*, care la rândul său comportă mai multe procedee: fizioterapia, vaccinoterapia şi chimioterapia (tratamentul medicamentos). Noi am recurs la tratamentul conservator medicamentos şi anume întrebuinţând o soluţie uleioasă de iod metaloid la care am adaogat un catalizator: aurocrosolul.

Se cunoaşte acţiunea iodului metaloid asupra ţesuturilor limfatice, fiind în acelaş timp limfagog, antiseptic, cicatrizant prin excitarea fenomenelor de reparaţie celulară şi mai ales prin producerea unui chimiotactism pozitiv asupra leucocitelor în focarele de infecţie. Am avut în grija noastră 35 de cazuri de Maladia lui Nicolas-Favre şi am întrebuinţat «Iodaurolul» ca tratament general iar acolo unde a fost strict necesar, am aplicat şi un tratament local, prin pansamente şi instilaţii, fie pe traectele fistuloase, fie prin puncţii evacuatoare şi apoi instilaţii cu soluţia Chloroformo-Iodată «Marian». Efectele terapeutice obţinute au fost surprinzătoare; vindecarea a survenit în toate cazurile, procentul de 100 la sută este obţinut în mod curent. Interesează numai durata tratamentului care este în strictă depedenţă de gravitatea leziunilor, dela o lună şi jumătate până la trei şi chiar cinci luni. Dacă se stabileşte un diagnostic precoce şi dacă se poate prinde bolnavul cât mai aproape de apariţia fenomenelor sale ganglionare, este suficient numai un tratament general cu «Iodaurol» (o serie de injecţii intramusculare, cu unul până la unul şi jumătate centimetrii cubi de două-trei ori pe săptămână; cam 20—24 injecţii în total).

In faza leziunilor iniţiale este foarte greu de aplicat un tratament, căci diagnosticul este foarte greu de precizat. Apoi leziunile acestea sunt în general fugace, ele cedează uşor la tratamentele obişnuite, bolnavii nu se prezintă la medic decât atunci când virusul a pătruns în ganglioni şi fenomenele adenopatice au început cursul lor. Pentru uşurinţa studiului acestor fenomene este necesar să adoptăm o clasificare, citâm pe cea care ni se pare a fi mai reală a lui *Cerutti* şi *Pavanati*, care ne permite să diferenţiem leziunile după manifestarea lor clinică şi în acelaş timp să evaluăm cu justeţe şi timpul de evoluţie a maladiei şi mai ales timpul necesar tratamentului fiecărui caz în parte. Ei deosebesc: 1) *leziuni iniţiale* şi 2) *leziuni adenopatice*, cari la rândul lor se subdivid în: a) leziuni din perioada întâia sau a indurafiei ganglionare, b) leziuni din perioada a doua sau a periadenitei şi în fine, c) leziunile perioadei a treia sau a supuraţiunilor ganglionare.

Diagnosticul leziunilor iniţiale uneori este dificil chiar când aceşti bolnavi se prezină în timp util, greutatea în diagnostic face ca timpul să se scurgă şi, sau se vindecă aceste leziuni sau se produce localizarea ganglionară şi deabia atunci se precizează atitudinea de luat. Dificultatea diagnosticului constă în faptul că aceste leziuni sunt foarte polimorfe. Necesită o mare atenţiune în stabilirea diagnosticului diferenţial cu: herpesul, ulcerul moale, sifilomul, actinomicoza, tuberculoza ulcerată, etc.

Aci intervin cercetările de laborator pe lângă semnele clinice şi o dată stabilindu-se diagnosticul, tratamentul urmează, dar uneori între timp maladia a luat proporţii cari necesită şi tratament local. In timpul din urmă pe lângă cutireacţia *Frei* care arată o stare allergică datorită invaziei virusului limfogranulomatos se încearcă şi reacţia lui *Gaté-Papacosta* care dă în 80 la sută din cazuri rezultate precise. *Ishizuka, Perkel* şi *Tulbermann* au stabilit că această gel-reacţie cu formalină, apare cam la două săptămâni dela începutul maladiei şi persistă două luni. Noi am constatat deasemenea că aproape în toate cazurile

unde am încercat această reacţie este pozitivă, dar nu ne îndrituește nimic, să credem, că ar fi specifică. Asociată însă la reacţia *Frei* şi la celelalte semne clinice aduce reale servicii diagnostice. Aceasta pentrucă se produc serioase modificări humorale în organismul uman atins de limfogranulomatoză, căci virusul a fost semnalat pretutindeni în organele mezodermice bogate în ţesut reticulo-endotelial, ca: splina, ganglioni limfatici, ficat, măduva osoasă, pentru care are mare afinitate.

Perioada de incubaţie se consideră a fi dela 14—15 zile până la o lună, dar se crede că climatul ar influenţa aceasta şi *Hellerström* afirmă că în locurile cu clima rece incubaţia este mai lungă, iar *Neumann* a observat la Haitti un caz a cărei perioadă de incubaţie a durat numai şase zile. In general alteraţiunile ganglionare evoluiază cu o încetineală exasperantă *(Carutti şi Pavanati)*, dela 60 până la 250 de zile şi chiar mai mult: *Hillsmann, Wilshusen* şi *Zimmermann* au descris un caz cu o durată de cca. 600 zile.

Aplicând tratamentul iodat general şi numai acolo unde este cazul asociat cu cel local, am obţinut cele mai frumoase rezultate terapeutice. Vindecările au survenit între 40 şi 160 de zile după cum am putut depista maladia şi aplica tratamentul mai către începutul manifestărei sau către perioada sa de stare. Dăm mai jos un număr de cazuri cari să ilustreze în bună măsură rezultatele obţinute:

Din cele 35 de cazuri depistate şi îngrijite de noi, numai 5, deci într'un procent de 14,3% am avut bolnavul sub observaţia noastră dela începutul maladiei sale, deci în cursul leziunilor iniţiale:

1) **Ştef. Nic.**, lucrător, 24 ani se prezintă cu leziuni mici multiple pe gland (formă herpetică) şi uretrită găsită banală. Frei pozitiv. Incepem tratamentul la 2/3/1937 şi face două serii de injecţii cu o pauză de 30 zile între ele. Deci 46 de zile tratament. Durata maladiei în total 101 zile până la vindecarea definitivă.

2) **R. Ion**, lucrător, 25 ani; ulceraţie pe fren neregulat ovalară şi uretrită banală. Frei pozitiv. Incepem tratamentul la 20/III/1938 cu un total de 80 de zile pentru întreaga evoluţie a maladiei, dintre cari 30 zile tratament şi 30 zile pauză.

3) **Ion. St.**, hamal, 28 ani; ulcer pe gland de aspectul unui sifilom (ultramicroscopia negativă). Intră la 3/5/1938 şi după 15 zile este vindecat de ulcerul său. Revine peste 20 de zile cu adenopatie inghinală dublă. Frei pozitiv. Tratament iodat; vindecare după 60 de zile. Durata evoluţiei 95 de zile dintre cari tratamentul 60 de zile.

4) **Gr. Gr.**, şofeur, 23 ani; leziuni ulceroase pe gland şi prepuţ de dimensiuni reduse; vine la 20/II/1939; leziunile iniţiale au apărut cu 6 zile mai înainte, se vindecă de acestea după un tratament banal, apoi se prind ambele grupe ganglionare inghinale (formă indurată), reacţia Frei pozitivă, Papacosta negativă. Incepem tratamentul la 26/II/1939 şi termină la 2/IV/1939. Durata maladiei 48 de zile, tratamentul a ţinut 36 de zile.

5) **Gal. T. Mih.**, anteprenor, vine cu un ulcer pe gland contractat cu zece zile în urmă, cutireacţia Dmelcos negativă, Frei pozitivă; începem tratamentul la 30 Octombrie 1938, evoluiază către induraţia ganglionară şi starea generală se alterează, dar după 6 injecţii deci 12 zile de tratament se restabileşte şi îşi reia ocupaţiunile. După două serii de injecţii, cu un interval de 30 zile pauză este complect vindecat. Evoluţia totală a maladiei 122 zile, tratamentul 92 zile.

După cum se vede din cele relatate mai sus, toate aceste 5 cazuri, prinse în momentul când se manifestau leziunile iniţiale au avut o evoluţie bună şi rapidă către vindecare. In trei dintre ele ganglionii au ajuns în faza de periadenită presupurativă şi au involuat. Intr'unul singur nici nu am trecut de faza induraţiei ganglionare. Durata tratamentului în aceste cazuri nu a trecut de 92 de zile iar cel mai scurt timp a fost de 37 de zile.

In formele mai grave când încep fenomenele adenopatice caracteristice (induraţia, periadenita, apoi fenomenele de necroză în focare mici dispersate în sânul ganglionilor, sau uneori un singur focar, ce în urmă se fistulizează şi dau aspectul clasic de strecurătoare), starea generală a bolnavului se alterează: temperatură, ce falee, durerile reumatice, anorexie, paliditate, şi scăderea forţelor fizice este de regulă. In această situaţiune am considerat cele trei etape propuse de Cerutti şi Pavanati: în perioada primă cu stadiul de induraţie ganglionară am avut 5 cazuri (procent de 14,3%) şi anume:

6) **Gh. C.**, funcţionar, 24 ani, la 8 Maiu 1937 are adenopatie inghinală dreaptă. Frei pozitiv Temperatura 38,5. După trei injecţii cu Iodaurol, temperatura scade la 36 şi 8. Facem o serie de 18 injecţii. Vindecare în 45 zile.

7) **Ion. C.**, magistrat, 28 ani, vine la 15 Iunie 1938 cu adenopatie inghinală Frei pozitiv. După 20 de injecţii cu Iodaurol, vindecare în 50 de zile.

8) **Victor Gh.**, funcţionar, 25 ani; la 20 Septembrie 1938 prezintă adenopatie inghinală dublă. Frei pozitiv. Temperatură 38,9. După patru injecţii cu Iodaurol temperatura scade la 36,7. Vindecarea survine după 45 de zile şi o serie de 18 injecţii.

9) **Sonia D.**, menajeră, 25 ani, la 5 Maiu 1938 prezintă adenopatie inghinală dublă. Frei pozitiv. Temperatura 39. Contaminată de soţul său care cu 15 zile mai înainte a fost supus unei intervenţii chirurgicale (extirparea ganglionilor). După trei injecţii cu Iodaurol, temperatura scade la 36,7. Vindecarea se obţine în 55 de zile cu o serie de 22 injecţii.

10) **I. Gh.**, funcţionar, 22 ani, a suferit de limfogranulomatoză inghinală benignă cu dublă adenită acum şase luni. Tratament şi vindecare rapidă (zece injecţii Anthiomaline). După aceasta apare o uretrită care nu cedează la nici un fel de tratament. Se prezintă la noi în 12 Iunie 1939 cu Frei pozitiv şi cu ganglionii inghinali duri, prinşi în ambele părţi. Diagnosticăm limfogranulomatoză benignă. Nu acceptă tratamentul. Pleacă. Acest caz ilustrează net persistenţa virusului în ţesuturi (uretrită cu adenită).

In toate aceste cazuri cu induraţie ganglionară, ca şi în celelalte, evoluţia maladiei a fost de scurtă durată, iar tratamentul general a fost suficient. Durata tratamentelor nu a trecut de 55 de zile, iar cel mai scurt timp a fost de 45 zile.

Leziuni adenopatice în perioada doua cu periadenită, s'au prezentat 8 cazuri (procentul de 22%) şi anume:

11) **Moise Gh.**, comerciant, 28 ani, începe tratamentul nostru la 14 Februarie 1935, după ce a urmat un tratament de trei săptămâni cu Mezothorium Buisson. Prezintă dublă adenită inghinală cu periadenită şi tegumentele roşii. Douăzeci de injecţii de Iodaurol. Vindecare în 60 de zile, către sfârşitul tratamentului (la a 45-a zi) printr'o punctie se extrage de sub tegumente o serozitate. gălbuie.

12) **Ioan Gh.**, funcţionar 22 ani, începe tratamentul la 20 Aprilie 1936, pentru adenopatie inghinală dreaptă cu periadenită şi Frei pozitiv. După 18 injecţii cu Iodaurol, vindecarea se produce în 55 de zile.

13) **Vasile Gh.**, student, 22 ani, vine la 5 Iunie 1936 cu adenopatie inghinală stângă şi periadenită. Frei pozitiv. Tratamentul 20 de injecţii cu Iodaurol şi vindecarea în 50 de zile.

14) **Ioan M.**, student 20 ani, începe tratamentul cu Iodaurol la 8 Ianuarie 1937, pentru adenopatie inghinală dublă cu periadenită. Temperatura 38,5. Frei pozitiv. După patru injecţii temperatura scade la 36,7. După 25 injecţii am obţinut vindecarea în 55 zile.

15) **Mircea Gh.** funcţionar, 28 ani. Se prezintă la 12 Maiu 1937 cu adenopatie inghinală dublă şi periadenită, tegumentele infiltrate. Frei pozitiv. După 22 de injecţii cu Iodaurol vindecarea s'a produs în 65 zile.

16) **Ioan V.**, student, 19 ani se prezintă la 7 Martie 1938 cu adenopatie inghinală dublă şi periadenită. Frei pozitiv. După 20 de injecţii cu Iodaurol se obţine vindecarea în 50 de zile.

17) **Gârb. D.**, comerciant, 26 ani, începe tratamentul pentru adenopatie Nicolas-Favre (formă periadenitică), cu Frei pozitiv la 28 Iulie 1938 şi durează până la 7 Septembrie. După 15 zile de tratament îşi reia ocupaţiunile. Durata tratamentului 40 de zile. Leziunile iniţiale au apărut cu 30 zile înaintea începerei tratamentului. Evoluţia totală a maladiei 70 de zile.

18) **Mih. D.**, funcţionar 24 ani, începe tratamentul pentru adenopatie Nicolas-Favre, cu Frei pozitiv la 20 Octombrie 1938. Vine cu periadenită şi stare generală proastă. Îşi reia ocupaţiunile după 16 zile de tratament, până la complectă vindecare 60 de zile, iar evoluţia totală a maladiei fără a trece în faza supurativă 90 zile.

Prin urmare leziunile ganglionare incipiente chiar cu periadenită au fost oprite în cursul lor, iar durata maladiei nu a trecut de 90 de zile, întrucât tratamentele au fost aplicate încă un timp util. In genere o singură serie de injecţii a fost suficientă (20—24 injecţii intramusculare cu Iodaurol).

Leziuni adenopatice în perioada treia (supurative) am avut 17 cazuri, deci un procent mult mai ridicat, căci aceste leziuni se prezintă cel mai frecvent la medic; noi le-am întâlnit în 48,6% cazuri.

19) **Dante P.**, comerciant, 25 ani, se prezintă la 10 Aprilie 1936 cu adenopatie inghinală stângă, cu periadenită supurată, pielea roşie. Frei pozitiv, temperatura 39. După patru injecţii cu Iodaurol temperatura scade la 36,7. După două puncţii evacuatoare se fistulează. Se fac 22 injecţii cu Iodaurol şi vindecarea este complectă, cu închiderea fistulei în 65 de zile.

20) **Tiţa L.**, jupâneasă, 32 ani vine la noi la 25 Decembrie 1936, cu adenopatie inghinală dreaptă supurată şi cu pielea roşie. Frei pozitiv. Contaminată de soţul său care are o limfogranulomatoză inghinală dreaptă supurată şi care a fost incizată la Dispensarul S. T. B. Facem puncţii evacuatoare urmate de instilaţii cu soluţia Chloroformo-Iodată (Marian) şi 20 de injecţii Iodaurol. Vindecarea s'a produs în 60 de zile.

21) **Gh. L.**, conductor S. T. B. 35 ani, soţul bolnavei de mai sus se prezintă pe ziua de 10 Decembrie 1936, cu adenopatie inghinală dreaptă supurată, deschisă chirurgical la Dispensarul S. T. B., cu tegumentele infiltrate şi două fistule, după o lună de tratament. Frei pozitiv. Urmează tratamentul indicat de noi, cu Iodaurol şi Soluţie Chloroformo-iodată la Dispensarul S. T. B. Vindecarea în 90 de zile.

22) **M. D.**, zeţar, 19 ani, vine cu adenopatie inghinală stângă, cu caractere nete de limfogranulomatoză benignă în faza supurativă. Evoluiază către fistulizare. Incepe tratamentul la 15 Martie 1937 şi durează până la 15 Iunie acelaş an. Suntem obligaţi a-i aplica şi tratamentul local, instilând la început pe puncţia evacuatoare de puroiu şi în urmă pe fistulile ce s'au format, soluţia Chloroformo-iodată. Tratamentul general prin Iodaurol. Două serii de injecţii, prima de 20 cea de a doua de 10. Durata tratamentului 40 de zile, până la reluarea ocupaţiunilor sale, 90 de zile până la vindecarea complectă. Evoluţia totală a maladiei 120 de zile întrucât leziunile iniţiale au apărut cu 32 zile înaintea începerei tratamentului nostru.

23) **Gh. C.**, student 22 ani, vine la 10 Iunie 1937, cu o adenopatie inghinală dreaptă supurată. Frei pozitiv. A urmat tratament trei săptămâni cu vaccin Ionescu Mihăeşti. Maladia progresând vine cu fluctuaţie. Puncţie evacuatoare urmată de instilaţie cu soluţie Chloroformo-iodată (Marian) şi 20 de injecţii Iodaurol, vindecarea producându-se fără fistulizare, în 35 de zile.

24) **Gr. S.**, comerciant, 32 ani, începe tratamentul la 30 Iulie 1937 pentru ulcer veneric şi adenită Nicolas-Favre inghinală dreaptă fistulizată Leziunile iniţiale au apărut cu două luni înainte şi nu au fost influenţate de tratamentele obişnuite (excepţie). Frei pozitiv. Tratamentul durează 80 de zile cuprinzând pansamente locale şi injecţii intramusculare Iodaurol (24 în total). Durata maladiei 140 de zile.

25) **Ion. V. P.**, constructor, 46 ani, se prezintă cu o poradenie inghinală dreaptă şi un ulcer post operator întins pe regiunea inghino-abdominală stângă. Frei pozitiv. Incepe tratamentul general şi local pe ziua de 7 Martie 1938. Leziunile sale iniţiale au apărut la 6 Ianuarie şi se îngrijeşte la un medic care îi incizează adenita ce apăruse în regiunea inghinală stângă, aceasta se ulcerează în urmă şi apare adenopatia inghinală dreaptă care se fistulizează. Tratamentul durează 117 zile cu o perioadă de pauză de 30 zile pentru injecţiile de Iodaurol. Două serii de injecţii (prima de 24, cea de a doua de 10) sunt suficiente, plus pansamentele locale. Durata maladiei sale 207 zile.

26) **Cer. P.**, funcţionar, 20 ani, începe tratamentul pentru dublă adenită Nicolas-Favre cu Frei pozitiv la data de 8 Iunie 1938 :evoluţie către supuraţie şi fistulizare. Urmează tratament local şi general până la 16 Noembrie, cuprinzând două serii cu Iodaurol (20 şi 16 injecţii) şi pansamente cu instilaţii de soluţie chloroformo-iodată (Marian). Durata tratamentului 128 de zile, evoluţia totală a maladiei 143 de zile.

27) **Ion D.**, locotenent, 30 ani, ni se prezintă la zece Iunie 1938. Soţul bolnavei dela observaţia No. 9. Printr'o intervenţie chirurgicală i se extirpă ganglionii şi după 45 de zile de pansamente vine la noi cu o fistulă şi tegumentele infiltrate. Ganglionii inghinali de partea opusă tumefiaţi şi dureroşi. După 12 injecţii cu Iodaurol şi pansamente locale cu soluţia Chloroformo-iodată vindecarea se obţine în 35 de zile.

28) **Ion L.**, profesor, 28 ani, se prezintă la 5 Septembrie 1938. A urmat înainte de a veni la noi cinci luni, următorul tratament pentru limfogranulomatoză inghinală dreaptă: 60 injecţii cu vaccin Ionescu Mihăieşti, 3 incizii operatorii pentru deschiderea supuraţiei, pansamente locale, raze ultraviolete. Vine la noi cu ţesuturile din regiunea inghinală dreaptă infiltrate, două fistule din care se scurge puroiu, ganglionii încă măriţi o colecţie mică de puroiu cu pielea roşie la acest nivel, starea generală proastă bolnavul afirmă că a pierdut din greutatea sa 6 kgr. Făcându-i-se 22 de injecţii cu Iodaurol, pansamente locale cu soluţia chloroformo iodată vindecarea se produce peste 70 de zile.

19) **Gh. I.**, conductor S. T. B., se prezintă la 10 Sept. 1938. Adenopatie cervicală dreaptă supurată fistulizată. Frei pozitiv. Injecţiile pe fistule şi pansamente locale cu soluţia Chloroformo-iodată şi 30 de injecţii cu Iodaurol. Vindecarea se obţine în 90 de zile.

30) **Pop Tr.**, funcţionar, 21 ani, începe tratamentul pentru adenopatie inghinală stângă cu Frei pozitiv la 21 Sept. 1938. Evoluţie către supuraţie şi fistulizare. Urmează tratamentul până la 14 Decembrie cu instilaţii şi pansamente locale, în acelaş timp două serii de injecţii cu Iodaurol. Durata tratamentului 84 de zile, evoluţia totală a maladiei 124 de zile.

31) **Mas. A.**, şofeur, 34 ani, începe tratamentul pentru adenită inghinală stângă fistulizată cu Frei pozitiv, pe ziua de 15 Noembrie 1938. Starea generală proastă. Durata tratamentului până la 15 Ianuarie 1939, deci 60 de zile, în care timp a făcut pansamente locale şi injecţii cu Iodaurol (în total 24) . Leziunile iniţiale au apărut cu 30 de zile înainte de a se fi prezentat la tratamentul nostru evoluţia totală a maladiei 90 de zile.

32) **Gr. M.**, casnică, 46 ani, la 10 Dec. 1938, apar primele manifestaţiuni. Se prezintă la 20 Ianuarie 1939 cu o adenită enormă inghinală stângă, jenă în micţiune şi senzaţii dureroase. La examenul local constatăm leziuni multiple ulceraţie pe vagin şi în vecinătatea meatului urinar. Adenita sa are tendinţă la supuraţie, tendinţă care nu întârzie să se manifesteze şi se produc mai multe fistule Frei pozitiv, gel reacţia Gafê-Papacosta pozitiv. Incepem tratamentul

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabainã sensibilizează miocardul la digitalinã permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^1/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^2/_{10}$ mg. ouabainã crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

Gripă, Pneumonie, Bronchopneumonie şi toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor.

Fluidică secreţiile. — Uşurează expectoraţia.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. intramuscular

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

IN HIPERTONIE
ARTERIOSCLEROZĂ
ANGIOSPASME

HYPONITIN

DR. WANDER

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de Sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv şi Calmant

In spasme

Dureri interne şi postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN

DR. WANDER

Tablete Supozitoare

Acţiune spasmolitică şi analgetică sigură

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

V E S T I N

DR. WANDER

Drageuri, Fiole injectabile, Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină.
Acţiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului, etc.

Uretrite
Cistite
Pielite
Bacteriurie

Mostre şi literatură trimite la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

prin injecţii de Iodaurol şi instilaţii pe traectele fistuloase, de cum apar acestea. Durata tratamentului 132 de zile cu o perioadă de 30 de zile pauză pentru injecţiile de Iodaurol în care timp pansamentele au fost făcute regulat. Evoluţia totală a maladiei 172 de zile.

33) **Gh. Fo.**, student, 32 ani, începe tratamentul la 12 Februarie 1939 pentru adenită enormă în regimnea inghinală stângă cu aspect net de limfogranulomatoză benignă (aspect de strecurătoare), fistulizată. Frei pozitiv. Gaté-Papacosta pozitiv. Leziunile iniţiale au apărut cu două luni în urmă. Durata tratamentului 150 de zile în care timp a făcut pansamente locale continuu şi două serii de câte 24 injecţii cu Iodaurol (pauză de 30 zile între serii). Vindecat la 2 Iulie 1939. Revine la control pe ziua de 26 Septembrie 1939. Bine. Evoluţia totală a maladiei 210 zile.

34) **Ad. Au.**, student, 24 ani, începe tratametul la 8 Aprilie 1939, pentru adenopatie inghinală stângă de mărimea unui pumn cu tendinţă la fistulizare. Frei şi Papacosta pozitive. I se fac puncţii şi instilaţii cu soluţia Chloroformo iodată precum şi o serie de injecţii cu Iodaurol în total 24 de injecţii. La data de 12 Iulie intră în pauza injecţiilor. Starea locală mult ameliorată, nici o fistulă deschisă, ganglionii micşoraţi de volum, cât o măslină, rulează la degeţ. Leziunile iniţiale au apărut cu una şi jumătate lună în urmă. Reia injecţiile la 12 August şi la data de 20 Septembrie 1939 este perfect vindecat. Durata tratamentului 187 de zile cu o perioadă de 30 de zile pauză pentru injecţii. Revine la control peste o lună. Bine. Evoluţia totală a maladiei 232 de zile.

35) **Gog. D.**, student, 25 ani, începe tratamentul pe ziua de 20 Aprilie 1939, pentru maladia lui Nicolas-Favre, cu poradenie dreaptă şi adenopatie nesupurată stângă. Reacţia Frei pozitivă, Papacosta deasemenea pozitivă. Tratamentul constă în instilaţii pe traectele fistuloase cu soluţia Chloroformo-iodată şi injecţii intramusculare cu Iodaurol. Leziunile iniţiale au apărut la 5 Martie 1939. Pe data de 10 Iulie intră în pauză pentru injecţiile de Iodaurol din cari a făcut 22 şi urmează mai departe pansamentele. La data de 15 Septembrie este complect vindecat. Durata tratamentului 135 de zile, evoluţia totală a maladiei sale 184 de zile.

Leziunile adenopatice fistulizate şi supurate, după cum am relatat mai sus, sunt tot atât de bine influienţate de tratamentele noastre. Aci însă întotdeauna intervenim şi cu tratamentul local. Două serii de injecţii cu Iodaurol au fost suficiente ca tratament general, turburările organice au cedat tot atât de uşor ca şi la cei cu leziuni mai puţin avansate. Reluarea ocupaţiunilor se realizează după maximum 6—8 injecţii, iar bolnavii ne afirmă că se simpt mult ameliorati chiar după primele două trei injecţii.

In ceiace priveşte vindecarea nu am înregistrat nici un eşec. Toate cazurile prezentate s'au vindecat. Nu s'au produs nici un fel de complicaţii, întrucât tratamentele s'au aplicat încă în timp util. Spre deosebire de tratamentele celelalte, cari dau procente mai reduse de vindecări şi cari înregistrează eşecuri în multe cazuri. Astfel avem două cazuri tratate cu Vaccin Ionescu-Mihăeşti şi două cazuri prin tratament chirurgical nevindecate, reluate însă cu injecţii de Iodaurol, am obţinut vindecarea complectă. Citâm în sprijinul nostru deasemeni rezultatele obţinute de *Scaffer* şi *Arnold* şi publicate în Archives of dermatology and syphilology, T 38 No. 5, Noembrie 1938, pag. 705—711, prin tratamentele sulfamidate. Ei au obţinut numai 4 vindecări, 11 ameliorări, 3 eşecuri şi 4 bolnavi au fugit de sub tratament din 22 de cazuri. Procentul vindecărilor este foarte mic (1,82%). Iar tratamentul prin Anthiomaline a dat în Clinica Dermato-sifiligrafică din Bucureşti 87% vindecări, 13% ameliorări (rezultate publicate în teza inaugurală a Doctorului *Gh. T. Ganef* din Octombrie 1937).

REVISTA CARŢILOR

Nutriţie şi dietoterapie — Alimente — regimuri de Mircea Petrescu şi A. Suţianu Editura *I. Leon* 1940.

Apariţia unei bune şi utile cărţi este totdeauna salutată cu bucurie şi satisfacţie. Apariţia însă a unei astfel de cărţi în timpurile pe care le trăim dovedeşte din partea autorilor putere de muncă neclintită şi neturburată de atmosferă neprielnică, unor astfel de îndeletniciri.

Socotind numai acest senin al muncii lor putem prezice, fără altă analiză, valoarea cărţii pe care D-nul *Dr. M. Petrescu* împreună cu D-şoara *A. Suţianu* au pus'o la dispoziţia medicilor.

Titlul cărţii: Nutriţie şi Dietetoterapie, alimente-regimuri este prin el însuşi extrem de atrăgător arătând totodată marele capitole ale lucrărei.

Nevoia acestei cărţi era de mult şi profund resimţită de corpul medical căci starea de sănătate a individului e în primul rând legată de buna funcţionare a nutriţiunei. In stări patologace aceste funcţiuni sunt alterate şi ori ce terapeutică trebue să ţie în primul rând seamă de alterările patologice ale funcţiunilor de nutriţie adoptând alimentarea prin dietetică şi regimuri apropiate nevoilor şi forţelor alterate ale pacientului; apoi urmează abia în ordinea importanţei lor celelalte metode terapeutice cărora adesea se dau o importanţă exagerată neglijându-se aproape complect dietetica.

Nu e nevoe, cred, să mai fac apologia nutriţiunei, reamintesc numai în treacăt eficacitatea regimului apropiat în retenţia azotată şi ineficacitatea aproape totală şi absolută a medicaţiunei galenice sau a altor procedee terapeutice în aceste stări.

Această amintire arată locul pe care nutriţia şi dietetica trebue să-l ocupe în mijloacele noastre terapeutice. Aceasta ilustrează cu prisosinţă utilitatea efortului făcut de autor.

Lucrarea a mai fost în mod extrem de concis şi de precis analizată în prefaţa pe care d-nul Profesor Dr. *N. Gh. Lupu* a binevoit să o dăruiască colaboratorilor lui, recomandându-le astfel opera lor.

Această introducere a maistrului este şi chezăşia cea mai bună a valorii şi utilităţii cărţei apărute.

Analizând înfine sumar marile capitole aflăm că partea I-a tratează despre *nutriţie în genere* studiând metabolismul integral gazos ca şi metabolismul intermediar al alimentelor. Aceste capitole formează substratul teoretic absolut necesar bunei înţelegeri a nutriţiei în patologie. Se analizează apoi elementele nutritive: alimente propriu zise, săruri, vitamine ca şi obârşia lor animală sau vegetală.

Partea II-a tratează dietetica propriu zisă în general ca şi aplicată la multiple stări patologice ceace constitue noţiuni de interes practic netă găduit.

Partea III-a finală conţine regimuri în stări fisiologice şi patologice sub formă de tablouri detaliate ca şi tablouri despre compoziţia alimentelor din punct de vedere chimic caloric şi vitaminic.

Din această scurtă enumerare a conţinutului se poate vedea cât de folositoare este opera autorilor. Ei pun la îndemâna cititorului un material de date de o extremă bogăţie ce numai printr'o muncă încordată însoţită de o deosebită competenţă a putut fi strâns din atâtea publicaţiuni resfirate şi răspândite.

Sunt dar convins că această carte făcută în folosul obştesc medical va fi mult cetită şi mai des consultată iar munca autorilor va fi astfel pe larg răsplătită.

Dr. GH. LITARCZEK

Thérapeutiques biologiques des affections mentales par **M. M. H. Claude** Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale et **P. Rubenovitch**, Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris. *Masson et C-ie. Editeurs, 1940.*

Această carte foarte interesantă prin subiectele ce desvoltă, frumos concepută şi redactată cu o deosebită competenţă, ne dă prilejul să revenim asupra unei chestiuni care ne este scumpă: — aceia a progreselor pe cari Psihiatria contemporană le-a realizat, în ultimul timp.

In adevăr, specialitatea noastră a suferit o transformare radicală în concepţiuni, ca şi în metodele de cercetare şi de tratament, ajungând la rezultate nesperate în trecut.

De la Psihiatria descriptivă de altă dată, am ajuns în ultimii 20 de ani să putem găsi o explicaţie biologică a fenomenelor morbide şi să le stabilim o etiologie precisă.

Boala mintală nu mai poate fi considerată ca o fatalitate ci ca un accident, în producerea căruia terenul joacă un rol important, dar nu unic. Sistemul nervos central poate suferi modificări de ordin toxic, de ordin infecţios, de ordin biologic. Ele pot produce o simptomatologie impresionantă prin intensitatea fenomenelor psihice. Aceste modificări sunt însă trecătoare, în marea majoritate a cazurilor şi se termină printr'o revenire la starea normală.

De la aceste constatări, făcute din ce în ce mai frecvent, în mod logic specialiştii şi-au pus problema posibilităţei de a încerca, prin mijloace eroice. tratamentul boalelor mai grave, reputate a fi incurabile.

Incercările îndrăzneţe, făcute în ultimele două decenii au fost urmate de un succes răsunător.

Profesorul *Claude*, închină ultimul său volum acestor metode terapeutice, cari au transformat radical evoluţia boalelor mintale.

Intr'un prim capitol, autorul expune chestiunea piretoterapiei şi în special malarioterapiei în Paralizia generală şi în sifilisul nervos.

Marea descoperire a lui *Wagner-Jauregg* a transformat radical evoluţia Sifilisului nervos şi a Paraliziei generale, putând întrerupe evoluţia boalei. mai ales dacă este utilizată în faza preclinică sau foarte curând după apariţia primelor siptome.

Această mare descoperire a fost socotită ca un act de inspiraţie, iar *Claude* subliniază că *Wagner-Jauregg* a recunoscut «caracterul empiric» al lucrărilor începute în 1917, cari l-au dus la stabilirea metodei, intrată în practică, doi ani mai târziu.

Suntem dispuşi să atribuim descoperirei malarioterapiei, caşi altor inovaţiuni în domeniul ştiinţei, — un mecanism intelectual, mult mai complicat.

In adevăr, pireto-terapia, sub diferite forme, a fost cunoscută încă din antichitate, după cum arată şi *Claude* în cartea sa: *Hipocrat* cunoştea acţiunea bună pe care boalele febrile intercurente le avea asupra psihozelor; *Galien* se gândea să favorizeze infectarea melancolicilor cu malarie; medicii lui Ludovic al XI-lea îi recomandau să contracteze malaria în scopul de a se vindeca de Epilepsie; în secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea, numeroşi autori au preconizat piretoterapia sub diferite forme şi chiar inocularea malariei pentru tratamentul diferitelor boale mintale *(Hoffmann, Pinel, Dubuisson, Dlasiauve, Trélat, Koster, Nasse, Rosenblum).*

Este foarte probabil că *Wagner-Jauregg* a citit cândva aceste fapte, cari s'au întimpărit puternic în memoria sa. Printr'un proces intelectual subconştient, al cărui mecanism nu-l putem cunoaşte, dar pe care îl credem destul de complex, plecând de la faptul înregistrat, omul superior ajunge la concluziuni, cari constituesc descoperiri de mare valoare ştiinţifică şi practică.

Desigur că faptele citate au fost cunoscute de sute şi de mii de medici înaintea lui *Wagner-Jauregg*. A trebuit însă, acel proces intelectual de calitate superioară, care să transforme faptul brut într'o ideie creatoare.

Claude are meritul de a fi fost printre cei dintâi medici cari au aplicat, pe o scară întinsă, malarioterapia, apreciindu-i efectele binefăcătoare şi făcând cercetări interesante asupra metodei.

Terapeutica de şoc insulinic şi de şoc prin cardiozol, a găsit în Profesorul *Claude*, acelaş om animat de un optimism terapeutic robust.

A introdus aceste metode în clinica sa, le-a studiat perfect din punct de vedere biologic şi le-a aplicat pe o scară întinsă, notând cu obiectivitate rezultatele obţinute. Totalizându-le, a constatat, ca şi noi toţi cari le-am utilizat pe sute de cazuri, că tratamentele de şoc dau în schizofrenie şi în unele psihoze, rezultate impresionante.

O inovaţiune a Profesorului *Claude* în tratamentul prin şoc insulinic, este psihoterapia care trebue făcută sistematic în perioada de receptivitate psihologică pe care bolnavul o are la ieşirea din şoc.

Din multele probleme pe cari volumul de care ne ocupăm, — le pune şi le rezolvă, vom cita pe aceea a contra indicaţiunilor metodelor de şoc.

In adevăr, în faţa unor metode cari produc o simptomatologie cu un evident caracter de gravitate, mulţi medici au o rezervă explicabilă. De aceea ţinem să subliniem faptul că metodele de şoc nu prezintă nicio gravitate deosebită dacă printr'un examen preliminar se stabilesc toate contraindicaţiunile.

O problemă de mare importanţă practică pe care o pun autorii, este aceea a organizărei spitalelor de boale mintale, în raport cu actualele posibilităţi ale terapeuticei.

Metodele noui, cer condiţiuni mai bune de ospitalizare şi un personal bine instruit, deziderate pe cari autorităţile publice trebue să le realizeze în spitalele de specialitate.

*

Cartea D-lor *Claude* şi *Rubenovitch*, interesează, în primul rând pe specialişti. Ea poate fi consultată, cu folos, de orice medic doritor să vadă cum descoperiri recente au transformat ridical o specialitate care rămăsese până acum câţiva ani, — descriptivă şi cu un foarte mic randament social.

*

Cu prilejul acestei recenzii, ţinem să aducem şi un călduros omagiu, operei realizată de Profesorul *Claude*, în Psihiatria contemporană, cu atât mai mult cu cât D-sa a părăsit de curând Catedra de boale mintale a Universităţei de la Paris, — fiind pensionat.

Profesorul *Claude*, neurolog de mare reputaţie, a început activitatea sa ştiinţifică şi didactică, în domeniul Psihiatriei, —relativ târziu.

Clinician pasionat, a căutat să experimenteze şi să aprofundeze toate ideile şi toate metodele lansate în ultimii 20 de ani.

In general, este o calitate a tinerilor să fie sensibili la inovaţiuni şi un defect al bătrânilor să fie refractari faţă de metodele şi ideile noui.

Profesorul *Claude* a făcut excepţie de la această regulă generală.

In Clinica sa de la Sainte Anne, pe care o vizitam deseori, am văzut experimentându-se pe rând, în cursul anilor, tot ceia ce s'a preconizat în terapeutica psihiatrică de la psihanaliză până la şocul de cardiazol.

O încununare a acestui mod de a lucra, este cartea care ne-a dat ocazie să scriem aceste rânduri şi care a apărut curând după ce autorul ei părăsise catedra pe care a ilustrat-o.

Această lucrare constitue bilanţul unei frumoase activităţi ştiinţifice şi medicale.

Ceva mai mult ea oglindeşte starea actuală a terapeuticei boalelor mintale, care dispune de metode eroice de o mare eficacitate.

Prof. Dr. P. TOMESCU

NOU!

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI. Str. Cazărmei 89

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. — **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel — Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum — Angină strepto-difterică — Pleurezie purulentă.

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloză — Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 — 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 — 12 ani:	3 — 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 — 5 ani:	1 — 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ — 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

NOU!

Chimioterapia sulfamidată
a infecţiunilor cu:

Pneumococi
Gonococi
Meningococi
Stafilococi
Streptococi

SULFORONIN

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr. Sulfanilyl-aminopiridină
Tuburi cu 24 tablete.

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI. Str. Cazărmei 89, Tel. 5-19-00

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acţiune analgetică, rapidă
Scurtează timpul boalei

Cistite
Pielite
Prostatite

Forme de prezentare:
Tuburi cu 12 dragele
Flacoane cu 25 dragele

C.F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III., Str. G-ral Er. Grigorescu 6

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noul Decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti

D. Profesor Dr. P. Tomescu, a fost numit Decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti.

Noul Efor al spitalelor civile

Dl. Dr. Ion Claudian a fost numit Efor al Spitalelor civile în locul D-lui Prof. Dr. D. Mezincescu.

D-sa a depus jurământul şi a fost instalat în această înaltă funcţiune în ziua de 3 Octombrie.

Cu acest prilej, dl. Dr. Alexandru Popovici, secretarul gneral al Ministerului sănătăţii, a rostit următoarele:

«In numele Ministerului, vă încredinţez noua misiune ce-o veţi îndeplini în spiritul de muncă şi de jertfă ce stă la temelia statului legionar».

D. Dr. I. Claudian a răspuns: «Ne luăm legământul de a înscăuna în această ctitorie creştină spiritul de cinste, de muncă şi de jertfă ce caracterizează statul naţional legionar».

*

D. Dr. Claudian a cărui reputaţie de medic şi de cercetător în domeniul realităţilor sanitare româneşti, este atât de cunoscută, aduce în fruntea Eforiei Spitalelor Civile o mare energie creatoare.

Opera de adaptare a Eforiei la noua ideologie a Statului, are în D-rul Claudian, un conducător sigur şi de o incontestabilă competinţă.

Scindarea serviciilor de specialitate ale spitalelor şi Sanatoriilor statului

D. general Ion Antonescu, Conducătorul Statului Român şi Preşedintele Consiliului de Miniştri, a semnat următorul decret-lege privitor la scindarea serviciilor de specialitate, spitalelor şi sanatoriilor statului:

ART. 1. — Serviciile de specialitate din instituţiile de asistenţă medicală ale statului, precum şi spitalele şi sanatoriile statului, vor putea fi scindate, după nevoe, astfel ca să permită utilizarea medicilor sanitari, refugiaţi din teritoriile cedate.

ART. 2. — D. ministru al muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, este însărcinat cu executarea prezentului decret.

Dat în Bucureşti, la 2 Octombrie 1940.

Conducătorul Statului Român
şi
Preşedintele Consiliului de Miniştri
(ss) GENERAL ANTONESCU

Ministrul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale,
(ss) V. IASINSCHI

Pensionarea profesorilor universitari la vârsta de 65 ani

D. gen. Antonescu Conducătorul Statului şi Preşedintele Consiliului de miniştri a semnat următorul decret-lege:

ART. 1 — Profesorii titulari dela Universităţi şi dela Şcolile superioare de rang universitar, vor fi puşi în retragere din oficiu în momentul împlinirii vârstei de 65 ani, abrogându-se orice dispoziţiuni legale în virtutea cărora s'au creat excepţiuni sau prelungiri de funcţionare, peste limitele mai sus indicate.

ART. 2. — Ministerul Educaţiunii Naţionale, Cultelor şi Artelor poate desărcina din funcţiunile lor pe Rectorii şi Decanii Universităţilor, Facultăţilor şi Şcolilor de învăţământ universitar, precum şi pe directorii Şcolilor Speciale de învăţământ superior, chiar înainte de împlinirea termenului legal.

Rectorii, Decanii şi Directorii instituţiunilor dela alineatul precedent se numesc prin decret la propunerea ministrului educaţiunii naţionale, cultelor şi artelor.

Interzicerea arendării farmaciilor şi drogheriilor la evrei

Monitorul Oficial publică următorul decret lege:

ART. 1. — Farmaciile de orice categorie nu pot fi arendate evreilor.

Toate contractele de arendare către aceştia, în curs de executare, sunt şi rămân desfiinţate pe data intrării în vigoare a prezentului decret.

ART. 2. — Proprietarii farmaciilor arendate ale căror contracte sunt desfiinţate, vor trebui să lichideze în termen de cel mult o lună raporturile lor cu foştii arendaşi evrei.

Orice eventuale despăgubiri privesc numai pe proprietarii care în acest termen trebue să lichideze orice drepturi şi pretenţiuni ale arendaşilor.

In viitor şi până la unificarea regimului farmaciilor, arendările vor fi permise numai pentru acei care nu pot exploata personal concesiunile din motive justificate.

Evreii nu vor putea fi întrebuinţaţi sub nicio formă în farmaciile proprietarilor de altă origină etnică, fie că aceştia le exploatează direct, fie prin arendare.

ART. 3. — Actualii diriginţi administratori evrei vor fi înlocuiţi în termen de o lună dela publicarea prezentului decret.

ART. 4. — Dispoziţiunile de mai sus se aplică şi drogueriilor.

ART. 5. — Orice abateri dela aceste dispoziţiuni vor fi sancţionate cu pierderea dreptului de concesiune.

Premiile Academiei Române ce se vor decerna în anul 1941, pentru lucrări medicale

Premiul I. Oroveanu, de 70.000 lei, se va da în sesiunea generală din 1941 celei mai meritoase lucrări sau descoperiri în ştiinţa medicală, publicate dela 1 Ianuarie până la 31 Decembrie 1940.

Termenul depunerii la cancelaria Academiei, în 5 exemplare, a cărţilor propuse pentru concurs, este până la 31 Decembrie 1940.

Premiul Adina şi colonel Paul Străjescu, de 8800 lei, se va da în sesiunea generală din 1941 celei mai bune lucrări, scrisă în limba română, tratând o temă, prin care, datorită cercetărilor personale experimentale de ordin bacteriologic, fiziologic sau farmaco-dinamic, făcute la om sau animale, să se fi adus o contribuţiune etiologiei, patogeniei, fizio-patogeniei sau terapeuticei unei afecţiuni din domeniul medicinei interne. Pot concura lucrările apărute dela 1 Ianuarie 1938 până la 31 Decembrie 1940.

Termenul depunerii lucrărilor la cancelaria Academiei este până la 31 Decembrie 1940.

Premiul Dr. Em. Riegler, de 12.000 lei, se va da în sesiunea generală din 1941 celei mai meritoase lucrări din clinica terapeutică sau din terapeutica generală, publicată dela 1 Ianuarie 1939 până la 31 Decembrie 1940.

Termenul depunerii la cancelaria Academiei, în 5 exemplare, a lucrărilor propuse pentru concurs, este până la 31 Decembrie 1940.

Premiul Dr. Victor Babeş, de 20.000 lei, se va da în sesiunea generală din 1941, unei lucrări tipărite în limbile română, franceză sau germană, de către un Român. Lucrarea se va referi la acele subiecte din domeniul medicinei, care vor fi în legătură directă cu lucrările defunctului dr. Victor Babeş, fie că aduc date nouă la acele constatate de el, fie că confirmă constatările sale contestate de alţii.

Se pot prezenta la concurs lucrări apărute în decursul anilor 1935—1940.

Termenul depunerii la cancelaria Academiei, în 5 exemplare, a lucrărilor propuse pentru concurs, este până la 31 Decembrie 1940.

Premiul dr. Calistrat Grosovici, de 5000 lei, se va da în sesiunea generală din 1941 celei mai bune lucrări de medicină, sau, în lipsă, unei lucrări ştiinţifice, printre cele apărute dela 1 Ianuarie 1398 până la 30 Decembrie 1940.

Lucrările pot fi publicate în română sau într'una din limbile: franceză, germană, italiană, engleză sau latină.

Termenul depunerii la cancelaria Academiei, în 5 exemplare, a lucrărilor propuse pentru concurs, este până la 31 Decembrie 1940.

Dizolvarea actualului consiliu al colegiului medicilor şi numirea unei comisii interimare

D. General Ion Antonescu, Conducătorul Statului Român şi Preşedintele Consiliului de Miniştri, a semnat următorul decret-lege privitor la suspendarea unor dispoziţiuni din legea pentru organizarea Colegiului medicilor din 17 Aprilie 1940:

ART. 1. — Se suspendă pe timp de 6 luni începând dela data publicării prezentului decret-lege în Monitorul Oficial, aplicaţiunea dispoziţiunilor din legea pentru organizarea Colegiului medicilor din 17 Aprilie 1940, cuprinse în articolele 21 până la 27 inclusiv.

ART. 2. — Actualul consiliu superior şi comitetul executiv al Colegiului Medicilor se dizolvă de noi.

O comisiune interimară, compusă din 5 membri, numiţi de ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, va gira interesele Colegiului până la o nouă organizare a acestuia.

ART. 3. — Domnul ministru al muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale este însărcinat cu aducerea la îndeplinire a dispoziţiunilor prezentului decret-lege.

*

In baza acestui decret-lege, Ministerul Sănătăţii a dat următoarea decizie:

Se instilue următoarea comisie interimară care va gira interesele Colegiului Medicilor până la o nouă organizare a acestuia:

D. dr. Stoichiţă Nicolae
D. dr. Popovici Lupa Mircea.
D. dr. Steopoe Vasile
D. dr. Milcoveanu Şerban.
Dat în Bucureşti la 4 Oct. 1940.

Noua conducere a Colegiului medicilor şi instalarea comisiunii instituită de minister

Pentru a da o nouă organizare Colegiului medicilor, Ministerul Sănătăţii a numit o oomisie interimară care va conduce instituţia până la elaborarea unei noui legi de organizare în spiritul vremii şi al intereselor naţionale.

Instalarea nouei comisii interimare s'a făcut în prezenţa unui mare număr de medici.

D-l Dr. *Alexandru Popovici*, secretar general al Ministerului sănătăţii, a rostit următoarele:

In baza înaltelor comandamente de guvernământ, ministerul sănătăţii a întrerupt pe timp de 6 luni regulamentul de funcţionare a acestui colegiu, numind o comisiune extraordinară.

In numele departamentului, instalez astăzi această comisiune.

D-l Dr. *Şerban Milcoveanu*, vorbind din partea comisiunii instalate, a răspuns:

Camarade secretar şi camarazi medici,

Răspunsul nostru este următorul:

Organizaţia noastră profesională are o situaţie interioară cu probleme cărora nu le putem aduce o ordine dreaptă, decât întrerupând temporar mersul electiv şi împlinind autoritar ceeace trebue.

Legea acţiunii noastre o avem în conştiinţa noastră, în misiunea ce neaţi încredinţat-o, în aşteptările corpului medical şi mai ales în fidelitatea ce-o avem faţă de propriile noastre suferinţe puse la temelia ctitoriei de mâine.

Asiguraţi pe camaradul V. Iasinschi că ne vom îndeplini datoria şi vom răspunde legionăreşte.

Nădăjduim să aşezăm, în mai puţin de 6 luni, un corp medical românesc, care să găsească în el puterile de a câştiga bătălia sănătăţii neamului.

Trăiască armata legionară a medicilor români. Trăiască Legiunea şi Căpitanul.

Metoda de lucru a comisiunii

D-l Dr. Şerban Milcoveanu a adăugat, apoi, că adunarea generală a colegiului se va întruni din două în două săptămâni.

Şedinţele vor fi prezidate, prin rotaţie, de către unul din cei 4 membri mai în vârstă ai comisiunii.

Membrii comisiunii interimare s'au retras apoi în cabinetul de lucru, discutând primele măsuri ce vor trebui luate pentru curmarea răului care roade corpul medical românesc şi cari erau aşteptate de atâta vreme.

S'a hotărît ca membrii comisiunii să se întrunească săptămânal şi în mod extraordinar, de câte ori va fi nevoie.

Pentru contactul cu membrii colegiului se va organiza un serviciu permanent de secretariat, la sediul colegiului, stabilindu-se o oră de lucru unitară în fiecare zi, între 12—13½ cu unul din membrii comisiunii.

Astfel:

Luni — D-l Dr. D. Lăzărescu;
Marţi — D-l Dr. M. Popovici-Lupa;
Miercuri — D-l Dr. V. Steopoe;
Joi — D-l Dr. M. Popovici-Lupa;
Vineri — D-l Dr .D. Lăzărescu sau D-l Dr. N. Stoichiţă.

Comisiunea are facultatea să coopteze subcomisiuni de lucru, dintre membrii colegiului.

Noul medic şef al capitalei

Dl. Dr. Leon Prodan, Medic primar de judeţ, a fost numit medic şef al Capitalei, în locul d-lui Dr. Răzmieriţă, trecut în alt post.

Dl. Dr. Gh. Florescu a fost numit medic sub-şef al Capitalei.

Instalarea noilor conducători ai Serviciului Sanitar s'a făcut în ziua de 3 Octombrie de Dl. Secretar General Dr. Popovici, care a rostit următoarele:

«In numele Ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, vă încredinţez conducerea sanitară a Municipiului care de acum înainte va fi dusă pe linia conduitei legionare».

BIBLIOGRAFII

L'année medicale pratique, XIX année, édition 1940, publiée sous la direction de C. Lian, Médecin-Commandant, Professeur agrégé, médecin de l'Hopital Tenon, préface du Professeur E. Sergent. Un volum în 16 pagini, Editura Lepine, Preţul. 36 franci.

In ciuda furtunei, *l'Année Médicale Pratique* a reuşit să realizeze programul anual pe care şi l'a impus dela fundarea sa, acum 19 ani.

Să ajute pe medici în rolul lor atât de dificil punându-i în curent cu datele medicale noi şi practice şi să favorizeze difuzarea lucrărilor Şcoalei Medicale franceze, în străinătate.

Această dublă sarcină, războiul a făcut-o şi mai imperioasă. Intr'adevăr, a triumfa asupra maladiei este şi mai necesar ca niciodată, atât pentru Serviciul Sanitar Militar cât şi pentru Medicina civilă.

A expune lucrările Medicinei franceze este unul dintre bunele mijloace de a face să pătrundă şi să fie bine apreciată gândirea franceză în străinătate.

Un mare succes, bine meritat, va răsplăti fericita continuitate de acţiune a publicaţiunei de faţă.

Les premiers pas en médecine par Noël Fiessinger, Professeur de Clinique a la Faculté de Médecine de Paris. Médecin de l'Hotel-Dieu. Un volum de 168 pagini $ 0,70. (Collection des Initiations médicales). *Masson et C-ie, Editeurs.*

Acest nou volum, complectează ansamblul lucrărilor din această colecţie cărora le constitue un fel de prefaţă. Are de scop să înlesnească studentului să se descurce fără multă dificultate în faţa primilor săi bolnavi. De asemenea are menirea să inspire dragoste pentru medicină, prima sa parte fiind consacrată sfaturilor pe care tată medic le-ar da fiului său student.

Este poate şi o călăuză agreabil scrisă pentru medicii cari nu mai sunt începători şi cărora le arată rolul pe care trebue să-l îndeplinească faţă de începători.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent : „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. f. Ion

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

In toate anemiile şi reconvalescenţa

FERCUPAR

TABLETE

(Fer + cupru + ficat + vitamină B)

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

CORAMINE "CIBA"

CARDIOTONIC ŞI EUPNEIC

solubil în apă, administrabil în injecţiuni şi pe cale bucală. Injecţie neiritantă. Efect rapid, momentan şi îndelungat. Uşor administrabil. Dozare exactă. Indicaţiuni multiple.

Stări acute de colaps **Insuficienţă cardiacă.**
Turburări respiratorii **Intoxicări narcotice.**
Slăbiciune circulatorie postoperativă.

Fiole de 1,7 cmc., cutia cu 5 şi 20 bucăţi
Fiole de 5,5 cmc, cutia cu 3 bucăţi.
Picături: flaconul cu 15 cmc.

SOCIÉTÉ POUR L'INDUSTRIE CHIMIQUE À BÂLE, (SUISSE)

Reprezentant pt. România: M. ROBERT LECLERC, Bucureşti III, Str. Pietăţii 33.

Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 linguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTOR
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ S. A.

Ci-devant **SANDOZ**
(Suisse)

Medicament tonicardiac

CARDITONE-LOBICA

Formulă: Extract de Strophantus . . . 0,001
Sulfat de Sparteină 0,02
Extract Convalaria Maialis . . 0,05
Excipient Q. S. p. 1 drageu . 0,35

Drageuri: 1—5 pe zi, după caz.

Constipaţiuni — Enterite cronice — Enterocolite — Dermatoze.

TAXOL

Pudră de mucoasă intestinală, Agar-Agar, Extract biliar depigmentat, Fermenţi lactici selecţionaţi.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Toate formele de constipaţie — Regulator al biligeniei—Stimulent al secreţiunei hepatice

LACTOBYL

Extract biliar depigmentat — Extract total de glande intestinale—Cărbune poros hiperactivat—Fermenţi lactici selecţionaţi—Extract citoplasmic de laminaria flexicaulis.

Drageuri: 2—6 pe zi, după nevoe.

Terapia maladiilor de nutriţie. Artritism—Gută—Gravelă.

URALYSOL

Hexametilentetramină — Acid Timinic — Dietilen-Diamină — Citrat de Hexametilen-tetramină — Carbonat de Litină—Benzoat de Sodiu.

Granule: De 2 ori pe zi, câte o linguriţă într'un pahar plin cu apă.

Sedativ Neurovegetativ—Insomnii—Anxietate—Emotivitate—Palpitaţii—Anafilaxie

SERENOL

Peptone lichide polivalente — Fenil-Etil-Malonil-uree-Hexametilen-tetramină - Pasiflora - Anemone Boldo—Tinctura Crataegus şi Beladona.

Lichid: 1—3 linguriţe de cafea pe zi luate de preferinţă cu o infuzie.

Maladii venoase — Hemoroizi — Varice — Ulceraţii.

VEINOTROPE

Masculin şi Femenin

Paratiroidă—Suprarenală - Hipofiză—Pancreas—Glande genitale—Extract de Hammamelis—Nucă vomică—Maron de India.

Drageuri: 3—5 pe zi, cu o oră înaintea meselor

La femei se întrerupe tratamentul în timpul menstruaţiei.

Laboratoires L O B I C A — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 21 — 10 Lei Exemplarul — 1 Noembrie 1940

BIBLIOTECA CENTRALĂ

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenţi: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239 43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. THEODOR MIRONESCU şi M. VOICULESCU-CIDERU: *Hemocultura arterială* 233

Dr. VIRGIL ANGHELESCU şi Dr. ALEXANDRU POPOVICI: *Flegmon perinefretic la un sugaci de şase săptămâni* 234

Dr. ROTARU THEODOR: *O concepţie modernă cu un antiseptic corespunzător ei* 237

ORGANIZAREA SANITARĂ

Prof. Dr. DAN THEODORESCU: *Organizarea asistenţei dentare la noi în ţară* 235

Dr. DAN CONSTANTINESCU: *Principii de aplicare a igienei mintale* 238

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Prof. Emil Crăciun: Analele Institutului Victor Babeş din Bucureşti, recenzat de Prof. Dr. **Tomescu** . . 239

Dr. Tiberiu Ionescu: Problema medicinei sociale şi sănătatea satului, recenzat de Dr. **A. Dosios** 239

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita MM. LL. Regele Mihai, Regina Mamă Elena şi Conducătorul Statului, d. general I. Antonescu la spitalul Colţea 240

Legiferarea în învăţământ şi noile norme de salarizare pentru profesioniştii, membri ai corpului didactic 240

Pagina

Prima şedinţă a secţiei medicale a Centrului legionar de studii şi documentare 240

Noul mod de conducere al Epitropiei Aşezămintelor Brâncoveneşti; Anchetarea activităţii şi gestiunilor instituţiunilor pendinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale 242

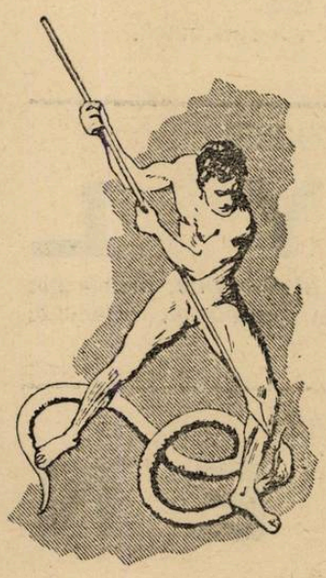
Anulări de numiri şi confirmări făcute la ministerul Sănătăţii; Un număr al revistelor «Wiener Medizinische Wochenschrift» dedicat medicinei româneşti 243

NECROLOG

Dr. **Alexandru Mirea** (1883—1940) scris de Dr. Gh. Gatoschi 244

Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul

BLENORAGIEI



ULIRON

Preparatul chimioterapeutic, pentru tratamentul pe cale bucală.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: diftherică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

STIMULENT AL CENTRILOR CEREBRALI

AKTEDRON

α-Phenyl-β-isopropylaminofosfat.

La psiho-nevropaţi, oboseli matinale, incapacitate de concentrare şi depresiune, în fobii, lipsă de voinţă.
In turburările produse de cure de desintoxicaţie: de alcool, morfină şi cocaină.
La indivizi sănătoşi pentru creşterea activităţii psihice, în stări de oboseală psihică sau fizică.
Ambalaje: Tuburi originale cu 20 tablete divizibile.
Cutii originale cu 6 fiole.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR **GONO** ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, epidimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panariţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.
Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

In toate cazurile de TUBERCULOZĂ EXTRAPULMONARĂ

RUBROPHEN

injecţiuni — drageuri — pomadă.

Literatură la dispoziţia Domnilor medici.
Costul de fabricaţie a Rubrophenului fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie monstre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: SANACHIMICA S. A.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4

MERCK · BOEHRINGER · KNOLL

MBK

ACESTE 3 NUME GARANTEAZĂ
CALITATEA SUPERIOARĂ,
DEȘI PREȚUL E MINIM.

„COMPRETTEN" „AMPHIOLEN"

RECOMANDĂM: „COMPRETTEN" CALCIUM LACTICUM —
LAXATIVUM VEGETABILE

CATALOG LA CERERE

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI III — STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 9

SPASMO-CIBALGINE „CIBA"

(Cibalgine + Trasentine)

In același timp **Spasmolitic** și
Analgezic

pentru toate algiile spastice

Dureri ale traectului gastro-intestinal
Colici nefritice și biliare

Migrenă — Dismenoree — Nevralgii

Dosaj: *bucal:* **1—2 tablete dragefiate 1—3 ori pe zi.**
rectal: **1—3 supozitoare pe zi (copii jumătate !).**

Tablete, flacon cu 20 bucăți. **Supozitoare, cutie cu 5 bucăți.**

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle

„CIBA"

CIBA

Reprezentant pt. România: M. ROBERT LECLERC, Bucureşti III, Str. Pietăţii 33

Chimioterapia peroralã a blenoragiei se face prin ALBUCID

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

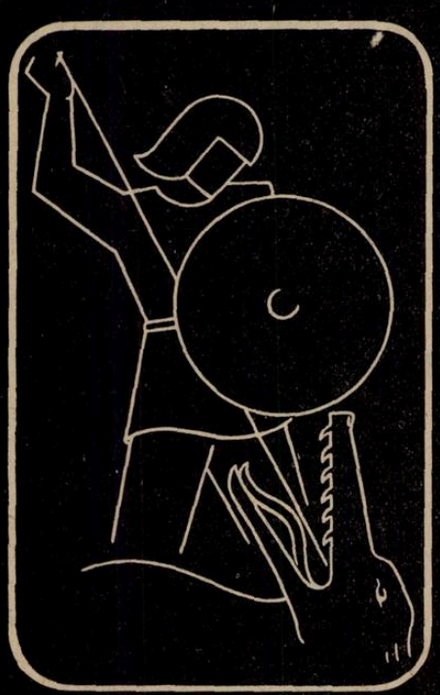
*nevătămător:**
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu cambinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp, s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Aurel Vlaicu No. 33.

Schering



SOLU-SALVARSAN

Pentru injecţii intramusculare şi intravenoase.

Efecte rapide şi persistente asupra treponemelor şi simptomelor clinice. Absolut neiritant şi injectabil fără dureri. Bine tolerat chiar în injecţia intravenoasă.

Orice serie de fabricaţie este riguros controlată din punct de vedere chimic, biologic şi clinic.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92. 86.

Anul XVI No. 21 10 Lei Exemplarul 1 Noembrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

HEMOCULTURA ARTERIALA *)

de Prof. Dr. THEODOR MIRONESCU şi M. VOICULESCU-CIDERU

De când *Sittmann* (1894) a arătat cu câtă uşurinţă se poate lua sânge de la bolnavi, pentru cultură prin punctie venoasă, această metodă a rămas metoda preferată pentru hemocultură. De atunci hemocultura a căpătat în clinică o aplicaţie din ce în ce mai întinsă mai ales pentru diagnosticul diferitelor infecţiuni. Hemocultura aşa cum se practică de obiceiu prin punctiunea venoasă, dacă dă de multe ori rezultate satisfăcătoare, totuşi adeseori nu dă rezultate mulţumitoare.

Mai ales în cazurile de endocardită lentă hemocultura, cum se practică obişnuit, dă de multe ori rezultate negative.

Agenţi microbieni sunt reţinuţi în mersul lor, purtaţi de sânge, fie în ţesutul reticulo-endotelial din diferitele organe, fie în depozitele sanguine, fie în endotelii pentru a fi distruşi şi eliminaţi din organism.

Dintr'un focar septicemic, agentul microbian este dus în sânge prin circulaţia venoasă, la cord, de aicea în pulmon, apoi întors înapoi în cord şi prin artere dus în circulaţia generală, iar în urmă trecând prin capilarele circulaţiei generale în vene unde practicăm hemocultura.

Hemocultura făcută prin punctiunile venoase trebuie deci să culeagă aceşti agenţi microbieni după ce au făcut drumul lung descris mai sus şi au putut scăpa de diferitele cauze ce îi reţineau.

Friedeman (Munch. Med. Woch. 1929) prin aşa zisa *Topodiagnoze der sepsis*, a căutat să utilizeze însămânţările făcute cu sânge luat din diferite locuri şi cu ajutorul numărării coloniilor desvoltate să stabilească pe cât posibil sediul focarului septicemic.

In cazurile de endocardită tocmai şi mai ales cele de endocardită lentă, care dau un număr redus de rezultate pozitive prin hemocultura făcută în punctie venoasă, ne-am gândit că punctiunea arterială ar putea să ne fie de folos pentru diagnostic.

Este natural că acolo unde numărul microbilor va fi mai mare şi hemocultura va fi mai uşor pozitivă. Sunt cazuri de endocardită vegetantă în care hemocultura prin punctie venoasă este pozitivă, însă dacă facem comparativ în acelaş timp numărătoarea coloniilor desvoltate în culturile făcute prin punctiune arterială şi venoasă, vedem că arterio cultura dă un număr mult mai mare de colonii decât cele făcute pe punctii venoase.

Iată rezumatul unei observaţiuni:

A. M., bărbat, în vârstă de 40 de ani, intră în Clinica noastră în ziua de 16 Septembrie 1940, în stare subcomatoasă. Nu ne poate da niciun fel de relaţii asupra bolii; limba bolnavului este foarte uscată, buzele deasemenea, halena este fetidă, bolnavul este în agitaţie continuă. Pe tegument se văd numeroase peteşii mai ales pe membrele superioare. La planta piciorului stâng în dreptul călcâiului, găsim o plagă profundă neregulată, fără infiltraţiune în jur, ganglionii inguinali nu arată nimic anormal. Aparatul respirator arată raluri de bronşită difuză în ambii pulmoni, aparatul circulator ne arată un puls de 78 de minute, neregulat, slab, aritmic, tensiunea 7/5, ficatul în limitele normale, splina nepercutabilă şi nepalpabilă, bolnavul pierde urina, un uşor Kernig. Temperatura 38,4 la intrare; seara 39,4, frisoane în timpul zilei.

Hemocultura s'a practicat din vena dela îndoitura cotului şi din artera femorală în acelaş timp. Sângele atât cel extras din venă, cât şi cel extras din arteră s'a pus în eprubete separate sterile, cu perle de sticlă şi s'a agitat pentru defibrinare în mod steril. Atât din sângele venos, cât şi din cel arterial s'au turnat câte 2 plăci de agar, una cu o jumătate cm. cub sânge şi alta cu un cm. cub sânge. In plăcile din sângele venos s'a desvoltat pe placa cu o jumătate cm. cub sânge, 15 colonii în 24 de ore (streptococ) iar în cea de 1 cm. cub sânge, 31 de colonii (streptococ).

In plăcile cu sânge arterial s'a desvoltat pe placa cu o jumătate cm. cub sânge, 150 de colonii şi la cea cu 1 cm. cub sânge 207 colonii.

După 3 zile, dela intrarea bolnavului în Clinică, bolnavul a sucombat şi la autopsie s'a constatat o endocardită vegetantă a valvulei mitrale cu streptococ hemolitic.

Marea diferenţă în ce priveşte numărul coloniilor între hemocultura arterială şi cea venoasă trebuie luată

T A B L O U

De bolnavii cu diagnostic confirmat de febră tifoidă cărora li s'au făcut în acelaş timp hemoculturi din arteră şi venă.

NUMELE BOLNAVULUI	Arteriocultura	Venocultura	OBSERVAŢII
1. I. C.	+ la 30 ore	+ la 30 ore	
2. F. B.	+ la 72 ore	+ la 72 ore	
3. W. M.	+ la 16 ore	+ la 16 ore	
4. T. B.	+ la 20 ore	+ la 20 ore	
5. B. I.	+ la 72 ore	+ la 72 ore	
6. A. R.	— *după 10 zile termostat.*	+ la 120 ore (5 zile)	
7. W. E.	+ la 96 ore	+ la 60 ore	
8. A. Ş.	+ la 36 ore	+ la 36 ore	
9. C. M.	— după 10 zile	— după 10 zile	Bolnava a avut în serviciu hemoragie intestinală şi Widalul a fost + 1/400.
10. G. P.	+ la 60 ore	+ la 60 ore	
11. F. I.	+ la 60 ore	+ la 60 ore	
12. P. D.	+ la 36 ore	+ la 36 ore	
13. M. B.	+ la 60 ore	+ la 60 ore	
14. E. N.	+ *la 96 ore*	+ la 72 ore	
15. D. G.	+ la 72 ore	+ la 72 ore	
16. E. B.	— *după 8 zile*	+ la 96 ore	
17. K. R.	+ la 24 ore	+ la 24 ore	
18. D. N.	+ la 24 ore	— *după 5 zile*	Hemocultura venoasă e încă urmărită-bolnavul fiind de curând internat.
19. L. B.	+ la 24 ore	+ la 24 ore	
20. A. D.	+ la 120 ore	+ *la 120 ore*	
21. I. E	+ la 36 ore	+ la 36 ore	

Bolnavii au fost internaţi în *August şi Septembrie 1940.*

*) *Lucrare făcută în Clinica de boli contagioase din Spitalul Colentina (Bucureşti).*

în consideraţiune şi ne justifică să credem că această hemocultură arterială va da mai uşor rezultate pozitive decât cea venoasă.

Când boala însă este de o evoluţie lentă, cum e endocardita lentă, rezultatul este şi mai interesant.

Iată în scurt rezumatul unei astfel de observaţiuni:

A. N. Colonel, intră în Clinică în ziua de 12 Septembrie 1939, ca suspect de febră tifoidă.

Afecţiunea de care suferă bolnavul, durează de aproximativ 31 de zile. Întâmplător bolnavul a observat la început că are o temperatură de 38 grade. Totuşi a continuat activitatea 2-3 zile. Diagnosticat gripă de un medic, a continuat să febriciteze fără frisoane, transpirând mult, dealtfel bolnavul transpira încă mult timp înainte de a fi consultat că are o creştere de temperatură. După 6—7 zile, de îngrijire la domiciliu, a intrat într'un sanatoriu. Aici i s'a făcut numeroase hemoculturi, uroculturi, toate cu rezultate negative.

Prezenta 10.000 de leucocite, 88 neutrofile; nu s'au găsit hematozoare. Reacţiunea Wasserman pozitivă, cercetarea bacilului Koch în spută a fost negativă. Incă de acum 2 ani, întâmplător la o staţiune balneară, medicul băilor a constatat că bolnavul suferă de o insuficienţă aortică a căror semne se constată şi acum. O reacţiune Widal pozitivă H. 1/200, naşte bănuiala de febră tifoidă şi este transportat în clinica noastră.

La internare în clinică practicând hemocultura prin puncţie venoasă, rămâne negativă. Widal făcute între timp în oraş arată T. H. negativ, T. O. pozitiv 1/1000. Numărul leucocitelor este de 12.400, Segment K. 52, Stab K. 21, Jung. 2, E. O. 13 a. A doua zi se face hemocultura din artera radială, iar după 24 de ore, obţinem rezultat pozitiv pentru streptococ, care s'a dovedit mai târziu a fi un viridans. 6 zile mai târziu a fost venicultura pozitivă tot pentru streptococul viridans. Diagnosticul de endocardită lentă pus astfel în mod foarte rapid, s'a verificat şi prin evoluţiunea maladiei, bolnavul a sucombat acasă cu două luni mai târziu.

Astfel din cele de mai sus, rezultă că, cu toate numeroasele hemoculturi negative, prin puncţiunile venoase, a fost suficient o singură hemocultură arterială, ca în 24 de ore să avem o hemocultură pozitivă pentru streptococi. Dacă la endocardită cum şi alte septicemii arterio, cultura este frecvent pozitivă şi dă un mai mare număr de colonii ca hemocultura din vene, nu e acelaş lucru însă în febra tifoidă. Dăm un tablou de studiu comparativ de arterio cultură şi hemocultură făcută pe mediul lichid la 21 de cazuri de febră tifoidă. Numai o singură dată hemocultura arterială a fost pozitivă, pe când cea venoasă era încă negativă. In alte două cazuri însă hemocultura venoasă era pozitivă, pe când cea arterială era negativă. In restul cazurilor ambele hemoculturi s'au comportat cam la fel.

Din aceste rezultate se vede că la febra tifoidă avem o condiţiune particulară. Cauzele pot fi multiple. Intâi, bolnavii vin târziu în clinică, aşa că hemocultura se face mult mai târziu, când şi cea arterială şi cea venoasă sunt pozitive. Pe de altă parte, bacilul febrei tifoide infectează limfatecele (rozeola) şi deci de acolo mai uşor pot ajunge în vene.

Hemocultura arterială totuşi este foarte recomandabilă la începutul infecţiunilor, când bănuim o septicemie mai ales că numeroasele puncţii arteriale făcute de noi în artera radială, humerală sau femurală nu au dat nici un accident.

Flegmon perinefretic la un sugaci de şase săptămâni

de Dr. VIRGIL ANGHELESCU şi Dr. ALEXANDRU POPOVICI
Medic Primar Chirurg Primar

Flegmoanele perinefretice (perinefretice supurate) nu sunt o eventualitate clinică obişnuită la copil şi sunt citate chiar în mod excepţional la sugaciul mic de tot.

Din cercetarea literaturei medicale, atât cât ne-a fost posibil s'o facem, cazurile descrise în prima lună de viaţă, se pot număra. La această vârstă, faţă de anumite infecţiuni, sugaciul face mai curând o septicemie sau o septicopiohemie de cele mai multe ori mortală, decât o localizare.

Cazul pe care îl prezentăm este expresiunea unei localizări perinefretice, consecutivă unei bacteriemii cu punct probabil de plecare o infecţiune stafilococică a pielei capului.

Fetiţa E. I.. în vârstă de 5 săptămâni este examinată pentru prima dată în ziua de 3.XI.939.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl şi mama sănătoşi. O soră a mamei, cu care locuesc împreună, este bolnavă de nouă ani de o tuberculoză pulmonară.

Antecedente personale. Copila a fost născută la termen, cu o greutate la naştere de 4300 gr. A primit B. C. G. Este alimentată regulat la sân.

Istoric. Chiar din prima săptămână dela naştere, copila face pe pielea capului în regiunea occipitală câteva elemente de foliculită, care a fost tratată de un medic cu Prontosil şi pansamente locale, care a dus repede la vindecarea leziunilor. Deşi leziunea cutanată s'a vindecat, totuşi fetiţa a început să febriciteze (39°, 40°) să piardă în greutate şi să devină palidă.

Stare prezentă. Copila în vârstă de cinci săptămâni se prezintă normal conformată, tegumentele sunt de o paloare isbitoare iar mucoasele sunt foarte decolorate. Greutatea 4290 gr. In afara unor seboreide ale pielei capului nu se mai observă nicio altă leziune a tegumentelor.

Sistemul limfatic normal. Din orificiile naturale nu se scurge niciun lichid patologic. Sistemul osos nu prezintă nimic anormal.

Pleuro-pulmonar nu se percepe nimic deosebit la percuţie şi ascultaţie. Nu se constată nimic deosebit otic. Aparatul cardio-vascular nu prezintă nicio particularitate patologică. Pulsul regulat, 140 pe minut. La examenul tubului digestiv se constată: limba este saburală, fundul gâtului este uşor eritematos dar fără depozite. Copila prezintă din când în când vomismente alimentare şi este constipată.

Abdomenul nu se poate examina din cauza unui meteorism exagerat. Percuţia arată o sonoritate anormală. Copilul se agită oridecâte ori se încearcă examinarea abdomenului. Rinichii nu se pot palpa, iar urinele nu prezintă la examen nimic deosebit.

Examenul sistemului nervos pune în evidenţă o hiperexcitabilitate neuromusculară, contractură generalizată şi stare preconvulsivă. Starea generală a copilei este foarte alterată, prezintă un facies palid intoxicat, copila este agitată, are o dispnee *sine materia*, febra este neregulată şi ridicată (39°, 41°).

In faţa acestei carenţe de semne obiective se face un tratament simptomatic (supozitoare antitermice, dezinfecţia nasului şi gâtului, comprese reci).

Bolnava este revăzută în ziua de 5 Octombrie 1939. Starea generală este şi mai rea. Se constată însă, pe pielea abdomenului prezenţa unui placard erizipelatoid în întindere de 10 cm./10 cm. cu sediul în regiunea fosei iliace drepte şi a regiunei inghinale drepte. Dela acest placard pleacă un cordon de limfangită tronculară către ganglionii inghinali drepţi care sunt tumefiaţi. Se pune o compresă rece peste placard şi peste ganglioni şi în ziua de 6 Octombrie 1939 când copilul este văzut din nou placardul şi procesul de limfangită dispăruseră. Febra însă se menţinea ridicată iar starea generală era alarmantă. Se procedează la un examen general atent al copilului şi se constată în regiunea lombară dreaptă

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tuse

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro dosi 1/4—1/2 din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.,

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : 10 la 20 cc. pro die

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale : „SPECIA" Str. Anastasiè Simu No. 6, Bucureşti III.

o contractură netă a maselor musculare vertebrale din regiunea lombară dreaptă, se observă prezența unui ușor oedem al tegumentelor regiunei, iar la acel nivel se observă o ușoară bombare și se percepe senzația de fluctuență.

Tegumentele la acel nivel sunt ușor roșii. Cum în mint ni se pune problema unui flegmon perinefretic, se procedează la o punctie exploratrice (deși acest procedeu nu este recomandat de unii autori). Din groapa lombară se aspiră puroi, bine legat, sanguinolent și care la examenul citobacteriologic conține globule de puroi și foarte numeroși stafilococi.

Chiar în aceiași zi se intervine chirurgical sub anestezie locală, făcându-se incizia tegumentelor. Se constată prezența unei cavități subcutanate plină cu puroi legat și care se scurge abundent, în cantitate de 300 cmc.

După cinci zile pentrucă febra, oedemul și roșața tegumentelor se mențineau și chiar se accentuaseră, se intervine chirurgical pentru a doua oară sub anestezie generală cu cloroform, lărgindu-se prima incizie și explorându-se digital, în mod atent, fundul pungei purulente. Se constată prezența unui orificiu care comunică cu o cavitate situată profund și care conduce în loja renală, din care vine puroi. Este vorba de un abces în «butonieră». Orificiul este lărgit, procedându-se la o lombotomie, secționându-se planurile musculare profunde, care sunt infiltrate. Se pătrunde în loja renală dreaptă de unde se scurge puroi și sfaceluri în cantitate mare. Drenajul se face cu un tub de cauciuc.

Rezultatele operatorii au fost imediate și excelente. Febra a scăzut brusc și definitiv chiar din ziua operației. Tumefacția și infiltrația țesuturilor a dispărut repede, iar cicatrizarea s'a efectuat în trei săptămâni fără incidente. Starea genrală a copilului s'a îmbunătățit rapid starea toxică și paloarea dispărând și ele. In prezent sănătatea copilului este perfectă, copilul fiind normal din punct de vedere ponderal cât și ca talie.

Frecvența flegmoanelor perinefretice la sugaci este excepțională. *Townsend* și *Meders* la o serie de 23 cazuri observate sub vârsta de 15 ani descriu doar unul singur la un copil de 15 săptămâni. *Huquer* citează pe *Neveox* cu un caz la 5 săptămâni. *Pozat* și *Forton* descriu un caz la o lună, *Beer* un caz la 21 luni, *Cieszynki* unul la 10 luni, *Weber* la 18 luni, iar *Buscarlet* descrie un caz la 20 luni. *Messina* comunică un caz la 6 săptămâni iar *Gibney* aduce și el 28 de observațiuni între un an și șumătate și 15 ani.

Raritatea acestei localizări, la vârsta aceasta, s'ar datori unui factor de ordin anatomic și anume, desvoltarea tardivă a spațiului grăsos perirenal. Apariția flegmonului perinefretic la copil se face în aceleași condițiuni ca și la adult, el putând fi urmarea unui furuncul, a unei osteomielite sau a unei pielite. *Ombredane* a arătat că mai poate exista și o altă posibilitate de formare a unui flegmon perinefretic el putând fi consecutiv unei celulite pelviene de origină apendiculară. Alte ori o pleurezie purulentă poate infecta loja renală. Acestea nu sunt însă singurele posibilități. *Buscarlet* a descris un enorm flegmon perinefretic, survenit la un copil de 20 luni, în urma unui traumatism.

Sunt însă cazuri când este greu de făcut legătura între infecțiunea originară și perinefrita supurată, pentrucă aceasta poate fi urmarea unei infecțiuni cu totul banale și neobservată (o foliculită a pielei capului ca în cazul nostru).

In general calea de infecțiune a lojei renale este cea hematogenă.

Diagnosticul afecțiunei nu este întotdeauna ușor, și mai ales la copilul mic de tot, unde semnele clinice în legătură cu localizarea nu sunt prea nete.

Imposibilitatea de a mișca unul din membrele inferioare prin procesul de psoită, scolioza, contractura musculară, pot fi foarte puțin evidente. Semnele locale directe (oedem al tegumentelor, fluctuență, roșată) sunt mai valoroase la copilul mic de tot.

Tratamentul este de domeniul chirurgical. De obicei lombotomia este suficientă. Cazurile când este nevoe să se procedeze la nefrectomie sunt rare, nefrectomia fiind indicată numai când există abcese corticale multiple ale rinichiului.

Odată cu tratamentul chirurgical chimioterapia sulfamidică poate fi de ajutor, grăbind procesul de vindecare.

BIBLIOGRAFII

Nieden, D. Arch. klin. Med. 22—1878.
Gibney, Chicago M. J. T. 45—1880.
Buscarlet, Rev. Med. Suisse Romande T. IX, 1894.
Cieszynski, Arch. Méd. Enf. 1899 ibid. 1925.
Nègre, Thèse Montpellier 1903.
Townsend, J. A. M. Ass. T. XLIII, 1904
Currau, Saint Paul M. J. T. VII, 1905.
Raukni, Brookl. M. J. T. XIX, 1905,
Natalia Maxim, Teză, Buc. 1916.
Marrion, Traité d'Urologie vol.I. 1921.
Schatz, Jahrb. f. Kinderh. 116. 1927.
Brunn, Rhodes, J. A. M. Ass. 94, 1930,
Messina, Arch. Argent. Ped. 1931.
Beer, Hyman, Urologie Infantile, Paris 1933.
Griffith, The Diseases of Infants and Children. 1933.
Puzat, Forton, Pediatrie T. XXVI. N. 10, 1937.

Organizația asistenței dentare la noi în țară *)

de **Prof. Dr. DAN THEODORESCU**
Directorul clinicei stomatologice

Asistența dentară prezintă, astăzi, un vădit *caracter social*, de cea mai mare însemnătate. Această stare se bizuie pe următoarele două elemente:

1. *Frecvența* enormă a boalelor bucodentare. Dau câteva exemple:

a) Caria dentară lovește peste 95% din oameni.

b) Piorea alveolară lovește peste 50% din oameni.

c) Anomaliile dento-maxilare le întâlnim foarte des la copii, într'un procent de 45%.

2. *Consecințele* lor sunt foarte serioase. Astfel, un copil cu dinții cariați, cu diformități dento-maxilare, nu se poate hrăni în condiții normale; deci, nu se poate desvolta armonios și este expus la afecțiuni, cari măresc mortalitatea infantilă.

Asistența dentară trebue făcută la timp, adică dela vârsta de 3 ani și cel mai târziu la intrarea în școală, adică la 7 ani. Făcută mai târziu, la adolescenți și adulți, ea este mai grea, cu foloase mai mici și devine extrem de costisitoare, costul lucrărilor dentare grevând mult sarcinile familiare și ale colectivității.

Școala este organismul social prin care asistența dentară poate fi făcută cu mai mult folos. Prin caracterul obligator al școalei primare, copiii pot fi controlați, iar asistența dentară intervine la o vârstă potrivită.

In toate țările s'a dat asistenței dentare școlare o atenție deosebită. Exemple: In Germania, la 1929, existau 1000 de organizații dentare școlare; iar la Viena, la 1935, existau 16. Desigur, numărul lor a crescut de atunci.

O asemenea organizare este de absolută nevoe la noi. Ea cere pricepere, devotament și mijloace. Pentru o mai bună reușită, este bine ca asistența dentară să se facă progresiv, în etape. Se poate începe, deocamdată, cu capitalele de județ și centrele mici urbane.

Asistența dentară este în funcție de 3 elemente:

I. *Personalul.*

Asistența dentară impune o activitate în *echipă*. După nevoe, echipele se pot forma în două feluri:

a) *Echipă simplă* pentru centrele mobile, pentru mediul rural în special, formată din:

— medic stomatolog,
— soră de asistență dentară

*) *Proect cerut și prezentat Ministerului Sănătății la 14 Octombrie 1940.*

b) *Echipă completă*, pentru centrele fixe (servicii, etc.) formată din:
— medic stomatolog,
— tehnician dentar,
— soră de asistenţă dentară.

1. *Medicii.* Din cei 700 medici stomatologi existenţi în noile frontiere, numai 210 sunt etnici români, restul: 370 sunt evrei şi 117 minoritari. Elementul românesc este absolut insuficient. El trebue încurajat şi efectiv ajutat care a încăput pe mâna străinilor cu ca să îmbrăţişeze această disciplină, gânduri lucrative, iar nu cu grija sănătăţii publice.

a) *Modalitatea practică* de recrutare şi instruire a medicilor stomatologi necesari.

1. Se pot folosi medicii şcolari dela:
— Ministerul Sănătăţii, respectiv cei dela municipii şi comune,
— Ministerul Educaţiei: medicii profesori de higienă,
— Medicii Eforiilor şcolare.

Deasemeni, pentru a mări numărul medicilor stomatologi precum şi calitatea lor, propun ca foştii interni şi externe din Clinicile stomatologice, odată ieşiţi doctori în medicină, să poată deveni specialişti stomatologi după un stagiu de complectare de studii şi lucrări care va fi de 3 luni pentru interni şi 6 luni pentru externi.

2. Ministerul Sănătăţii (Direcţia medicinei curative) va întocmi un tablou de toţi medicii existenţi. Din aceştia se vor alege în vederea specializării după criterii multiple: vârsta, aptitudini, cursuri la Institutul de higienă, etc.

3. Specialitatea va fi obligatorie. Astăzi, specializarea trebue făcută în cadrul nevoilor de stat, iar nu după criterii personale. De altfel, în speţă, specializarea este chiar în interesul medicilor, căci se aleg cu o specialitate de care este nevoe şi care le asigură o existenţă mai bună, în această disciplină neexistând pletoră.

4. Medicii aleşi vor căpăta concedii pentru studii cu plata salarului. Dela caz la caz, dat fiind diferenţa de retribuţie, salarul va fi complectat de minister prin îndemnizaţia necesară.

b) *Durata* cursurilor şi lucrărilor de specializare va fi de un an. Actuala lege a învăţământului superior prevede 2 ani. Cred că un an, timpul fiind judicios întrebuinţat, este deajuns ca un doctor în medicină să devină un bun medic stomatolog. Legea trebue modificată în acest sens.

c) Mijloacele didactice (taxe, instrumente şi materiale) vor fi suportate de Ministerul Sănătăţii.

2. *Tehnicienii.* Rolul tehnicienilor dentari este foarte important, căci ei fac toate lucrările şi aparatele protetice, ortopedice şi chirurgicale.

Ei se vor recruta din elemente susceptibile de a primi o asemenea pregătire: absolvenţi ai şcoalelor de meserii, agenţi sanitari, etc. Durata studiilor va fi de un an, pregătirea lor făcându-se în Clinicile stomatologice.

Elementul românesc fiind foarte puţin, este nevoe ca el să fie susţinut, dându-li-se adăpost şi hrană. Cheltuiala aceasta s'ar recupera prin lucrul lor în laboratorul unde se pregătesc.

3. *Surorile de asistenţă dentară.* In acest domeniu nu este cu putinţă o activitate în condiţii de bună higienă şi de randament mulţumitor fără aceste preţioase auxiliare. Ele au nevoe de o pregătire de specializare. Nouă ni se dau, astăzi, moaşe — în instituţii de specializare pentru asistenţa dentară.

Rolul lor este, deasemeni, foarte însemnat. Ele pregătesc materialele, curăţă, sterilizează şi dau medicului stomatolog instrumentele necesare şi ţin evidenţa bolnavilor în tratament.

Se vor recruta din elemente cu 4 clase secundare sau cu studii echivalente. Durata studiilor va fi de un an. Ele vor trebui să fie adăpostite şi hrănite ca şi surorile din celelalte discipline.

Surorile de asistenţă dentară nu sunt prevăzute în legea noastră sanitară. Este o lacună care trebue înlăturată, ele fiind necesare, atât asistenţei dentare de stat cât şi practicei particulare.

Ca şi tehnicienii, surorile de asistenţă dentară se vor pregăti în Clinicile stomatologice. Pregătirea pela diverşi particulari nu este bună. Aceşti auxiliari ai asistenţei dentare trebuesc formaţi într'un spirit superior şi evolutiv şi nu într'unul lucrativ. Deasemeni, pregătirea lor trebue făcută în spiritul de complectare a echipei dentare, iar nu pentru a deveni practicanţi de medicină clandestină, aşa cum din nefericire se observă.

II. *Materiale.* In Depozitul Ministerului Sănătăţii există materialele necesare unui început de organizare de asistenţă dentară. Astfel, Ministerul are 39 remorci dentare şi 142 lăzi cu materiale: aparate, instrumente, medicamente, etc. Cu ele se pot echipa foarte bine 39 centre mobile (39 remorci şi 78 lăzi). Restul materialelor ar servi, dacă s'ar complecta cu un fotoliu şi câteva accesorii, la organizarea unor centre fixe.

III. *Aplicarea pe teren.* Asistenţa dentară se va aplica în două feluri:

1. Prin *centre fixe.* Acestea există însă în număr insuficient:

a) Clinicile stomatologice universitare;

b) Serviciile de stomatologie.

c) Dispensarele (Asigurări, etc.).

d) Organizaţii dentare şcolare.

Este absolută nevoe de a se înfiinţa câte un serviciu stomatologic pe lângă fiecare spital judeţean. Pentru buna funcţionare a acestor servicii este nevoe pentru început de o echipă complectă, adică:
— medic stomatolog
— tehnician dentar
— soră de asistenţă dentară.

Stomatologii, medici primari, se vor recruta prin concurs conform dispoziţiilor legale.

2. Prin *centre mobile.* Menirea lor este în asistenţa dentară şcolară, în special în mediul rural. La organizarea în mediul rural se va trece treptat, în etape, după organizarea centrelor urbane. Totuş, în timpul verii, când drumurile sunt practicabile, aceste centre se pot deplasa pe baza unui plan de lucru şi la ţară.

Pentru funcţionarea centrelor mobile nu este nevoe de o echipă complectă ci de una redusă (simplă):
— medic stomatolog
— soră de asistenţă dentară.

Rostul lor este nu de a face terapeutică dentară complectă, ci de a da îngrijiri dentare strict necesare şi sfaturi pentru buna stare a dinţilor la copii.

Activitatea lor se va desfăşura după program şi'n absolută colaborare cu şcoala.

Ca mijloace se vor da acestor centre mobile câte o remorcă dentară cu 2 lăzi de materiale.

Deoarece, materialele cu care sunt echipate remorcile dentare sunt complexe şi costisitoare, ele trebuesc revizuite şi limitate la cele necesare unei asistenţe dentare mobile. Restul instrumentelor şi materialelor se vor păstra pentru dotarea serviciilor de stomatologie judeţene.

Organele administrative judeţene vor trebui să pună la dispoziţie mijloacele (automobil) pentru deplasarea acestor remorci şi a echipei acolo unde va fi nevoe.

3. *Funcţionarea* centrelor mobile se va face printr'o metodă standardizată. Rolul acestor centre va fi:

a) Depistarea afecţiunilor buco-dentare prin examenul copiilor.

b) Intocmirea fişei dentare tip pentru a servi la tratament şi lucrări de sinteză.

c) Tratamentul afecţiunnilor descoperite anume: pansamente, calmante, obturaţia cariilor dentare, extracţii, deschiderea abceselor mici. Lucrările complexe protetice sau de ortodonţie rămân în sarcina familiei, care va fi avizată. Pentru uşurarea colectivităţii, copii cu mijloace să fie trimişi cu fişe întocmite la medicii practicieni respectivi, numai cei săraci rămânând în tratament.

d) Higiena dentară în colaborare cu profesorii şcoalei, în care scop se vor

In toate bolile infecțioase
și în răceli

Provoacă o mobilizare rapidă și stimulare îndelungată a tuturor forțelor de rezistență ale organismului

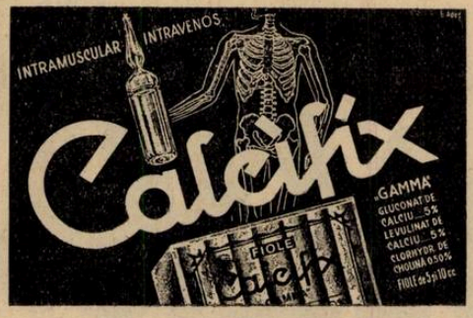
Toleranță perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 1, 3, 12, 50 și 100 fiole de 2 cmc.

BAYER

»Behringwerke« LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România «ROMIGEFA» S. A. R.
București I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86



Fiole
DE **5** cmc.
ȘI
DE **10** cmc.

Elixir
ANEMIE
LIMFATISM
SURMENAJ

Reprezentanța pentru România S. I. F. s a. r. București IV, Avram Iancu 32

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

face demonstraţii de îngrijit dinţii, prelegeri atractive şi teme cu premii în acest sens.

e) Raportarea activităţii pentru judecarea rezultatelor şi măsuri de viitor. Acestea se vor întocmi pe formulare tip, la intervale determinate pentru centralizare şi întocmirea lucrărilor de sinteză.

Concluziuni.

1. Asistenţa dentară prezintă un caracter social şi trebue organizată mai ales în mediul şcolar.

2. Organizarea se va face în etape, începându-se cu centrele judeţene.

3. Ministerul Sănătăţii va trimite 50 medici şcolari pentru specializare la clinicile stomatologice din Bucureşti şi Sibiu.

4. Legea trebue modificată reducându-se specializarea la un an.

5. Surorile de asistenţă dentară trebuesc prevăzute în legea sanitară.

6. Ministerul Sănătăţii va da medicilor concedii şi va suporta taxele de şcolaritate.

7. Pentru tehnicienii şi surorile de asistenţă dentară Ministerul Sănătăţii va pune la dispoziţie adăpost şi hrană. Cheltuiala se recuperează prin munca lor.

8. Infiinţarea de servicii stomatologice la fiecare spital judeţean.

9. Formarea a 50 echipe stomatologice simple (stomatolog+soră) pentru fiecare capitală de judeţ. Din acestea 39 (după numărul remorcilor dentare disponibile) vor lucra ca centre mobile, iar 11 ca centre şcolare fixe.

10. Materialul dentar din Depozitul Ministerului Sănătăţii trebue triat, aranjat şi completat în acest scop.

O concepţie modernă cu un antiseptic corespunzător ei

de Dr. ROTARU TEODOR

Este ştiut că toată patologia generală este împărţită în trei capitole mari, după trei varietăţi de cauză provocatoare de suferinţă: tumorile, traumatismele şi infecţiunile.

Cum tumorile sunt până la un punct rare, cum traumatismele se pot evita, rămâne importantul capitol al infecţiunilor, mare prin el însuşi, mărindu-se prin faptul, că vine să complice şi pe celelalte două; un câmp vast atât pentru cercetări cât şi pentru practicianul chemat a-i anihila dezastruoasele rezultate.

Imensitatea numărului de microbi mulţimea varietăţii lor, ubicuitatea lor, a făcut pe mulţi oameni să caute şi să realizeze mijloace de luptă contra lor. Astfel *Lister*, creiază în epoca sa termenul şi concepţia antisepsiei: metodă de a distruge microbi prin substanţe chimice nocive lor. Mai în urmă *Pasteur* intervine cu mijloace fizice în distrugerea microbilor, creind o concepţie nouă, aceia a asepsiei.

Dacă asepsia câştigă punct cu punct şi pas cu pas teren asupra antisepsiei în chirurgie, rămâne o metodă greu de realizat în viaţa comună, chiar cu mijloacele moderne din sec. al XX-lea, aplicabilă doar pentru o parte a chirurgiei. Capitolul infecţiilor rămâne şi astăzi mare, înglobând plăgi de muncă, plăgi de războiu, supuraţii exterioare şi interne. Aici, în organism, doar antisepsia poate să-şi manifeste valoarea.

Se pune însă problema: substanţă chimică nocivă pentru microbi, însă care să nu intoxice organismul în general sau porţiunea din organism, pe care a fost aplicat.

In adevăr, primele antiseptice au fost: fenolul, sublimatul (clorura mercurică), creolina etc. Perfecte din punct de vedere al acţiunii nocive faţă de microbi, aveau o acţiune nocivă aproape egală şi în paralel, pentru ţesuturile pe care erau aplicate şi pentru organism, prin rezorbţiile dela aceste nivele.

Sunt clare în mintea practicienilor contimporani, dermitele date de pansamentele cu sublimat, tabloul de intoxicaţie mercurică a parturientelor care făceau un început de febră puerperală şi erau tratate cu spălături largi cu sublimat, după cum cred că în nasul şi ochii fiecărui contimporan dăinueşte mirosul de acid fenic şi aspectul uscat şi sbârcit al mâinilor doctorilor, cari ne-au îngrijit în copilărie.

Suntem în plină luptă de a găsi un antiseptic chirurgical, topic, care să răspundă la două deziderate: maximum de nocivitate faţă de microbi, minimum de nocivitate faţă de ţesuturi.

Dupăce în prima fază a antisepsiei s'au întrebuinţat antiseptici agresivi, de felul celor arătaţi mai sus, reacţiunea face să se cadă în extrema cealaltă şi asistăm la o ridicare la rangul de medicament antiseptic, susţinut de păreri consacrate, a serului fiziologic, ce în mod practic nu are nici o acţiune antiseptică, el nefăcând decât să stimuleze viabilitatea ţesuturilor cu care este pus în contact. Cum era şi normal, după două curente extremiste să se caute linia de mijloc şi rând, pe rând din creerile fertile ale cercetărilor, ajung în mâinile practicianului chirurg, o nouă serie de medicamente antiseptice, răspunzând amdeziderate enunţate mai sus.

Ne aflăm în plină epocă a antisepticelor citofilactice, tradus cuvânt cu cuvânt, substanţe contra microbilor, prietenoase pentru celule.

In aceasta serie, un arsenal întreg, o colecţie extrem de bogată, de exemplare de probe şi literatură, care de care mai lăudată, invadează biroul, dulapul şi capul practicianului cu rurg. Toate sunt mai mult sau mai puţin bune. Se desprinde deci greutatea de a putea alege un antiseptic de acest gen preferat.

Din modesta experienţă, totuşi mi se pare că pot să afirm, că antisepticul *Zephirol* al casei «Bayer», răspunde perfect concepţiei moderne de antiseptic citofilactic. In practica mea de chirurgie generală şi chirurgie specialitate de cap şi gât, am întrebuinţat în ultimul an, ca antiseptic, exclusiv *Zephirol*-ul. Mi-a dat rezultate surprinzător de bune. L'am întrebuinţat în otite medii, supurate, acute şi cronice, atât sub forma de pulverisaţii-spălături cât şi sub formă de soluţie de *Zephirol* «à demeure». In toate cazurile am obţinut o diminuare a secreţiei purulente, mergând până la dispariţia totală şi o dispariţie rapidă a mirosului fetid, ce însoţeşte osteita oscioarelor casuţei.

L'am întrebuinţat în eczemele de conduct supurate, în locul nitratului de argint 1 şi 3%, până la dispariţia supuraţiei, complectând tratamentul cu pomadă, cu Pelidol. L'am recomandat cu succes în gargarisme, în soluţiile prescrise. L'am întrebuinţat şi întrebuinţez încă, la complectarea asepsiei mâinilor pentru operaţii în cabinetul personal şi declar, că nu am supuraţii postoperatorii. L'am întrebuinţat în colecţii supurate, flegmone şi abcese, pe toată suprafaţa corpului, atât sub formă de spălături intracavitare cât şi ca medicament îmbibând mesele, obţinând vindecări într'un timp surprinzător de scurt. Il recomand pentru spălăturile vaginale, în cura preoperatorie de specialitate ginecologică, în tratamentul scurgerilor şi chiar favorabil spermatozoidului, deci neanticoncepţional, dar nociv pentru flora vaginală patologică. Deasemeni l'am recomandat şi întrebuinţat cu succes în urologie.

Acolo însă unde mi-a dat rezultat cu totul neaşteptat a fost într'un ulcer aton de gambă.

Se ştie de oricine practică chirurgia că gamba este un segment prost nutrit, propice infecţiunilor trenarde «à la long». Aceste forme de ulcere sunt deobiceiu şi mai bine zis erau acum, motivul de decepţie şi exasperare a fiecărui practician chirurg, atunci când ele se prezentau în cabinet. Ei bine, am avut un astfel de caz, la care din momentul prezentării la consultaţie, vădit impresionat de bunele rezultate obţinute cu *Zephirol*, în a-

fecţiunile tratate anterior, am aplicat pansamente cu *Zephirol* şi am rămas realmente uimit de rezultatele bune obţinute, eliminarea escarelor fetide şi rapida tendinţă la cicatrizare, fără a mai fi fost nevoit să recurg la simpatectomie periaterială, simpatectomie periulceroasă, sau peritoterapie aşa cum se recomandă în această afecţiune.

Iată dece, după un an de întrebuinţare, sunt sigur, că antisepticul *Zephirol*, este un bun antiseptic, perfect citofilactic şi foarte economic, diluţiile uzuale variind între 1/4 0/00 şi 1%, complectamente netoxic, de recomandat pentru practica oricărui chirurg, pentru orişice specialitate de chirurgie şi de recomandat în special în caz de războiu, prin titlul soluţiilor sale uzuale, fiind foarte economic.

Principii de aplicare a igienii mintale

de Dr. DAN CONSTANTINESCU
Asistent al Clinicei de Psihiatrie-Bucureşti

Ridicarea socială, economică şi culturală a unei naţiuni este strâns legată de posibilitatea de desvoltare a valorii personalităţii membrilor colectivităţii, în sensul integrării lor eficente în nevoile şi aspiraţiile progresive ale naţiunii.

Fenomenele de scădere socială, dependenţa (şomajul), disoluţia familială (divorţul), declinul economic (pauperismul), reaua organizare gospodărească, delicvenţa infantilă şi adultă, prostituţia, alcoolismul, sinuciderile şi crimele sunt manifestări ale unei lipse de maturitate a caracterului, de organizare a personalităţii, a unei înapoeri intelectuale sau a unei boli mintale.

Problemele de conduită socială sunt astfel probleme de sănătate publică şi intră în preocupările medicului social. Cu problemele de promovare a sănătăţii mintale se ocupă igiena mintală.

O persoană sănătoasă din punct de vedere mintal, este o persoană care se poate adapta în mod eficient şi satisfăcător cerinţelor colectivităţii, menţinând un bun echilibru emoţional în circumstanţele în care se găseşte şi este satisfăcut cu viaţa pe care o duce.

Prin igiena mintală căutăm să realizăm organizarea interioară a personalităţii şi adaptarea ei la mediul înconjurător. Acest mediu nu e numai o sferă biologică aşa cum se prezintă în general până acum pentru problemele sănătăţii fizice ci o lume în care amintirile trecutului şi speranţele în viitor sunt forţe reale.

Prin igiena mintală ajungem la construirea unei adevărate filozofii a vieţii în care idealul individual se identifică cu acela social al Naţiunii, ideal creator de forţă constructivă şi de progres.

Igiena mintală introduce distincţia de normal şi patologic ca normă de apreciere în conduita socială.

Igiena mintală este în special educativă căutând formarea de conduite sociale sănătoase şi de aceea, ca un prim punct în programul de igienă mintală este educaţia publicului în problemele sănătăţii mintale.

Igiena mintală ca să poată avea o valoare practică, va fi tradusă în termeni astfel încât principiile ei generale să poată fi aplicate de medici, asistente sociale, surori de ocrotire, profesori, părinţi şi oricare altă persoană care se ocupă de viaţa copilului. In adevăr, copilul este centrul de interes al igienei mintale, căci în timpul copilăriei, când nu se diferenţiază încă normalul de patologic se poate interveni cu eficacitate atât în ameliorarea predispoziţiilor ereditare, cât şi în crearea unei experienţe binefăcătoare pentru viaţa lui ulterioară.

Problemele copilăriei, inaccesibile nespecialiştilor, vor face obiectul activităţii centrelor de îndrumare. Aceste centre de îndrumare a copilului funcţionează în anumite regiuni, pe lângă un grup de şcoli de copii mici, de şcoli primare şi eventual de şcoli secundare. Rolul acestor centre e:

a) de a organiza depistarea atât a copiilor supradotaţi cât şi a copiilor înapoiaţi intelectual sau cu turburări mintale.

Această depistare e făcută de profesor, singur sau în colaborare cu sora de ocrotire sau cu asistenta socială după criterii de comportament în şcoală, în afară de şcoală sau în familie;

b) Copiii depistaţi vor fi supuşi unei cercetări pentru care e necesară colaborarea unui psihiatru, a unui psiholog şi a unei asistente sociale, pentru a rezolva problema copilului prin prisma eredităţii, a glandelor endocrine, a funcţionării sistemului nervos, a proceselor biologice de nutriţie, a posibilităţilor de desvoltare a unei boli mintale, a gradului de desvoltare a inteligenţei, a afectivităţii, a aptitudinelor speciale, al câştigării cunoştiinţelor şcolare, al mediului social, familie, colegi de şcoală, starea economică, influenţe regionale etc.

Aceste cercetări ne conduc la un diagnostic.

c) Pe baza acestui diagnostic, centrul va da îndrumările necesare factorilor care se ocupă de copii, pentru a-i ajuta în sarcina lor sau încredinţează copilul unor instituţii speciale necesare desvoltării în condiţii cât mai prielnice sufletului copilului.

Centrul de îndrumare nu are deci un rol curativ. El colaborează însă în mod activ şi permanent în toate organizaţiunile şi cu toate persoanele care au un rol în desvoltarea sufletească a copilului.

d) Activitatea de colaborare şi de coordonare a acţiunii cu diferitele persoane şi organizaţii de asistenţă şi educaţie în vederea promovării sănătăţii mintale şi prevenirea bolilor şi de defectuozităţilor mintale e un alt obiectiv însemnat al centrelor de îndrumare infantilă.

e) In afară de îndrumările de ordin special, date dela caz la caz, centrele sunt şi organe de informare generală asupra problemelor de desvoltare normală şi patologică a sufletului copilului şi sunt organe de propagandă a principiilor de igienă mintală.

O însemnătate particulară va trebui să capete, având în vedere noua organizare a serviciului sanitar, un centru de îndrumare infantilă care ar servi ca organism de cercetări, de învăţământ şi combatere în cadrul unei secţiuni de igienă mintală a Institutului de igienă şi medicină socială din Bucureşti. Acesta va avea rolul în domeniul igienei mintale pe care îl are institutul în medicina preventivă din ţară.

In acest centru medicii sociali, psihologii, asistentele sociale, îşi vor putea câştiga practica necesară în domeniul igienei mintale. Tot acest centru va avea un rol director în cercetările care trebuesc întreprinse în toată ţara în ceeace priveşte condiţiile cele mai favorabile pentru desvoltarea sănătoasă a sufletului copilului sau alte cercetări de orice natură asupra psihologiei infantile în legătură cu mediul biologic şi social. Acest centru se va ocupa cu organizarea propagandei de igienă mintală prin editarea de manuale de igienă mintală, broşuri, organizare de conferinţe la radio, propagandă prin cinematograf.

In deosebi se va avea în vedere iniţierea în domeniul igienei mintale a corpului didactic, care în contact cu tot tineretul ţării ani îndelungaţi, joacă un rol hotărâtor în desvoltarea lui sufletească.

Tot acest centru de îndrumare infantilă din Bucureşti, va avea rolul de a stabili posibilităţile de colaborare cu diversele instituţii de asistenţă socială, învăţământ, medicină preventivă sau curativă, biserică, organizaţii legionare, etc.

REVISTA CĂRȚILOR

Analale Institutului Victor Babeș din București

Vol. IX Inprimeria Națională București 1940

Profesorul *Emil Crăciun*, actualul Director al Institutului Babeș, aduce prin volumul de față, un strălucit omagiu celebrului său predecesor, care a fost unul din cei mai mari savanți ai timpului său.

Cultul oamenilor mari ai trecutului, onorează pe toți cei cari îl profesează. Pentru noi, Românii, comemorarea lor, înseamnă însă cu mult mai mult decât o manifestațiune de ordin cultural. Ea devine prilejul afirmărei posibilităților de creațiune ale poporului nostru în domeniul înalt al științei universale.

De aceia ținem să sublinîem importanța deosebită pe care o are apariția volumului al IX-lea din Analele Institutului Babeș. In el se publică lucrările prezentate la Reuniunea internațională a turbărei, ținută la București în Mai 1938, pentru comemorarea cincantenarului tratamentului antirabic în România.

Acei cari am asistat la acea reuniune, ne amintim cu plăcere, de comunicările foarte interesante ce s'au făcut și de omagiul pe care participații au ținut să-l aducă memoriei Profesorului Babeș, care a deschis drumuri noui și atât de fertile în tratamentul turbărei.

Dacă reuniunea de la București nu ar fi fost urmată de apariția acestui impunător volum, nu ar fi însemnat pentru evoluția tratamentului antirabic, decât un episod festiv.

Grație volumului, plin cu lucrări de mare valoare științifică și foarte frumos editat, reuniunea de la București va reprezenta un moment luminos în progresul științific, technic și medico-social al tratamentului antirabic.

Fără să putem refera, în această notă informativă lucrările asupra turbărei, publicate în volumul de care ne ocupăm, vom cita o parte din autorii cari au adus colaborarea lor: *Angiolani, Bălteanu, Boecker, Bobeș, Botez, Bujwid, Caldevilla, Crăciun, Gerlach, Gonzalez, Ghodssi, Ionescu, Jezic, Kodrnja, Levaditi, Lépine, Lewthwaite, Murat, Marinescu, Minea, Novi, Nicolau, Remlinger, Schwentker, Schükrü, Strimpl, Virga*, etc.

*

Cu prilejul imprimărei lucrărilor reuniunei internaționale a turbărei, Profesorul *Crăciun* a avut buna idee de a face să reapară „Analele Institutului Babeș", publicațiune care s'a bucurat de o celebritate binemeritată.

Primul volum a apărut în 1888—1889 și ultimul în 1923—24.

Deși Profesorul Babeș publica lucrările sale în revistele mari de specialitate din occident, totuși „Analele Institutului" prezentau lumei științifice internaționale, mai bine și mai complect, opera marelui nostru savant.

La sfârșitul volumului de care ne ocupăm, editorii au avut buna idee de a reproduce tabla de materii a celor opt volume apărute sub direcția Profesorului Babeș. Astfel, cititorul poate avea o imagine foarte succintă asupra operei înfăptuită, — impresionantă prin dimensiunile, prin diversitatea și prin soliditatea ei.

Conducerea Institutului a avut-o, de la 1927 până la 1938, — d. Profesor Proca fost elev și vechi colaborator al Profesorului Babeș. In tot acest timp, Institutul a continuat activitatea sa rodnică.

Profesorul Proca a făcut să apară, sub direcția sa: «Buletinul Serviciului antirabic», a cărui tablă de materie generală este reprodusă la sfârșitul acestor Anale.

In modul acesta cititorul actual are o imagine complectă asupra activității științifice intense ce s'a desfășurat în cursul timpului la Institutul Babeș, asupra preocupărilor conducătoare și asupra rezultatelor la care s'a ajuns.

Reluând publicarea glorioaselor «Anale» ale lui Babeș, — Profesorul Crăciun arată necesitatea pentru medicina românească de a avea o publicațiune redactată într'o limbă de circulație internațională, pentru lucrările de anatomie patologică.

Prefața volumului subliniază transformările profunde pe cari le-a suferit această disciplină, în ultimii ani, de când mijoacele de investigațiune asupra leziunilor evolutive au făcut progrese atât de mari.

Reapariția «Analelor Institutului Victor Babeș» este nu numai un omagiu postum ce se aduce ilustrului savant care a onorat știința europeană prin opera sa.

Este nu numai un frumos act de naționalism, prin aceia că se subliniază aportul adus de neamul nostru în domeniul științei universale.

Această reapariție are o însemnătate cu mult mai mare, întrucât ea reprezintă hotărârea generațiilor actuale de a lucra intens în domeniul științei, urmând tradiția întemeiată cu atâta vigoare și cu un strălucitor succes, — de Profesorul Babeș.

Această voință creatoare merită toate elogiile. Dorim ca rezultatele la care se va ajunge să fie pe linia tradițională a Institutului Babeș.

Prof. Dr. TOMESCU

Dr. Tiberiu Ionescu : Problema medicinei sociale și sănătatea satuiui. 1 vol. 88 pag. cu hărți, tabele și grafice. Institutul de arte grafice „Lnaeafărul" S. A. București.

Primatul colectivului, care domină viața contimporană, a condiționat formarea unor noui discipline științifice. Medicina socială reprezintă o consecință particulară a acestei tendințe generale. Ea urmărește binele individual, însă în cadrul colectivului și are deci un caracter legislativ și normativ, exercitând o acțiune coercitivă și aplicându-se, în principiu, cu o regoare fără rezervă. Afirmarea politică este întotdeauna paralelă cu cea economică și cea culturală; ele se determină recproc și împreună condiționează personalitatea unui popor. Aceasta este însă în strânsă legătură cu vitalitatea psiho- fizică a indivizilor componenți și pune astfel problema protecției capitalului omenesc.

Expunând principiile medicinei sociale, autorul studiază apoi sănătatea satului, problemă ce-l preocupă de mai mulți ani și care este într'adevăr de mare actualitate. Sănătatea satului trebue interpretată prin prisma tradiției locale și raportată la factorii ei determinanți: cosmici, biologici, economici, istorici și psihici. Distingând importanța tuturor acestor factori și stabilind puofilul sanitar al fiecărui sat, vom putea realiza astfel un sistem de interpretare justă și mai ales o metodă eficace în acțiunea de îndreptare.

Instrumentele de muncă pentru îndeplinirea acestui scop primordial, social și național, sunt: căminele culturale, școlile țărănești și echipele de lucru.

Studiile D-rului *Tiberiu Ionescu*, bazat pe o bogată experiență personală, constitue o orientare prețioasă pentru cei ce se dedică muncii de ridicare a satelor noastre.

Scrisă într'un stil clar și concis, această binevenită lucrare se încheie cu o bibpliografie exclusiv românească.

Dr. A. DOBIOS

Hormones & hormonotherapie, par le Docteur Louis Moinson. Collection des Petits Précis, Un volum. . . . . 20 fr.

Această lucrare de 113 pagini este o punere la punct foarte precisă asupra acțiunei hormonilor cunoscuți astăzi și susceptibili de a fi întrebuințați în terapeutica curentă.

Hormonii genitali și hipofizari ocupă locul principal; unii dintre ei sunt de întrebuințare curentă și trebue bine cunoscuți pentru a putea fi întrebuințați cu folos.

Celelalte capitole sunt consacrate substanțelor oestrogene sintetice, hormonului cortico-suprarenal: desoxy-corticosteronul, care deabia s'a născut, hormonului pancreatic și unei noui aplicațiuni a insulinoterapiei în schizofrenii etc.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita MM. LL. Regele Mihai, Regina Mamă Elena şi Conducătorul Statului, d. general I. Antonescu la spitalul Colţea

Majestatea Lor Regele Mihai I şi Regina Mamă Elena, împreună cu d. general Ion Antonescu, Conducătorul Statului şi preşedintele consiliului de miniştri, au vizitat Vineri 25 Octombrie, la ora 12, spitalul Colţea.

Inalţii oaspeţi erau însoţiţi de d-nii: col. Râmniceanu, mareşalul palatului, colonel Pastia, aghiotant regal, precum şi de d-nii: col. Rioşianu, subsecretar de stat la interne şi col. Şt. Zăvoianu, prefectul poliţiei Capitalei.

La intrarea în spital au fost întâmpinaţi de d-nii dr. I. Claudian, primul efor al Eforiei spitalelor civile, dr. Petre Niculescu, directorul general al Eforiei şi numeroşi medici.

Majestăţile Lor şi Conducătorul Statului au vizitat pe rând toate clinicile şi secţiunile de spitalizare, interesându-se de aproape de modul lor de funcţionare şi de posibilităţile actuale ale Eforiei.

D-nii doctori Claudian, prim efor şi Petre Niculescu, director general, au dat relaţiile cerute şi au expus motivele cari au făcut ca veniturile din acest an ale Eforiei să fie simţitor reduse.

La fiecare secţiune înalţii oaspeţi au fost primiţi de personalul medical respectiv, care Le-a fost prezentat de către d. prim efor.

Incheind această vizită, M. S. Regele a donat Eforiei spitalelor civile suma de lei 200 de mii, iar d. general Antonescu, Conducătorul Statului, lei 100.000.

Legiferarea cumulului în învăţământ şi noile norme de salarizare pentru profesioniştii, membri ai corpului didactic

In ziua de 25 Octombrie s'a promulgat o nouă lege asupra cumulului în învăţământ şi asupra noilor norme de salarizare a membrilor corpului didactic, cari au dreptul să exercite o profesiune liberă

Reproducem articolele ce se referă şi la medici.

ART. 11 «Membrii Corpului didactic şi personalul ajutător din învăţământul superior pot ocupa funcţiuni la clinicele şi institutele ataşate prin lege pe lângă catedra respectivă sau la oricare altă instituţie ştiinţifică în strânsă legătură cu specialitatea lor, urmând a primi dela cea de a doua funcţiune, maximum o jumătate din salariul postului respectiv».

ART. 16. — Membrii corpului didactic din învăţământul superior cari exercită şi o profesiune liberă permisă de legile în vigoare, vor fi retribuiţi până la noui dispoziţiuni, numai cu jumătate din salariu, în cazul când profesiunea respectivă le aduce un venit net anual, cel puţin egal cu salariul pe un an şi numai cu 20% din salariu, în cazul când profesiunea le aduce un venit de cel puţin de două ori salariul pe un an.

Economiile astfel obţinute vor fi întrebuinţate de ministerul educaţiei naţionale, cultelor şi artelor pentru ajutorarea studenţilor refugiaţi şi lipsiţi de mijloace.

ART. 20. — Cei cari vor încerca să eludeze legea de faţă, indiferent în ce calitate şi prin ce mijloace, vor fi destituiţi din învăţământ.

ART. 21. — Orice dispoziţii din legi sau regulamente contrarii decretului-lege de faţă se abrogă.

*

Asupra acestor dispoziţii şi prevederi ale legei, Preşedinţia consiliului de miniştri comunică:

«Dispoziţiunile art. 16 din Decretul-Lege Nr. 3566, — prin care se prevede că salariile membrilor învăţământului superior cari exercită o profesiune liberă pot fi reduse, — au un caracter provizoriu şi urmăresc ajutorarea studenţilor refugiaţi şi săraci, prin economiile astfel realizate.

D. general Antonescu face pe această cale un apel la universitarii români să sprijine prin aceste reduceri opera grea de ajutorare a refugiaţilor, convins că universitarii îl pot înţelege mai uşor decât orice altă categorie de funcţionari.

D-sa îi asigură că urmăreşte să ridice Universitatea şi pe universitari, şi nu să-i coboare; şi o va face îndată ce grelele sarcini şi suferinţe ale ţării îi vor îngădui această acţiune de înălţare a învăţământului superior, la rolul ce-l merită în Stat».

Prima şedinţă a secţiei medicale a Centrului legionar de studii şi documentare

In amfiteatrul cel mare al spitalului Colţea, secţia sanitară a Centrului legionar de studii şi documentare a ţinut o primă reuniune, medicii legionari din Capitală, spre a se arăta metoda de lucru stabilită pentru întocmirea unui vast program de sănătate publică românească şi pentru a se păşi la drum.

Inainte de a se deschide şedinţa, soseşte d. *V. Iasinschi*, ministrul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

Deschizându-se şedinţa, se comemorează medicii morţi ai legiunii: dr. Ion Banea şi dr. Paul Craja.

D. dr. *Şerban Milcoveanu* deschide şedinţa spunând următoarele:

V'am adunat în această seară, medici legionari şi simpatizanţi, cari v'aţi înscris în secţia sanitară a Centrului nostru de studii şi documentare. In seara aceasta închidem lista înscrierilor. Va urma o verificare, pentru a păstra numai legionarii încadraţi şi cu răspundere în mişcare şi pe simpatizanţii cari au girul celor dintâi.

Vom asculta acum expunerile d-lor doctori Claudian şi Comşa.

Expunerea d-lui Dr. I. Claudian despre o nouă organizare sanitară a României

D. dr. *I. Claudian*, prim efor al Eforiei spitalelor civile, expune un proect de organizare sanitară în România, arătând că acesta este rodul unei munci colective, a unei munci de echipă.

D-sa începe prin a expune problemele de căpetenie ale sănătăţii româneşti, pentru a ajunge la mijloacele cele mai potrivite pentru fiecare din ele.

Dela început afirmă că starea biologică a poporului nostru este destul de gravă, arătând că afirmaţia aceasta se reflectă în activitatea tuturor medicilor, dar mai ales în cifrele statistice, unde putem cerceta deficienţele.

In privinţa mortalităţii, cifra constitue un record, care este însă în luptă cu o natalitate foarte vie.

Incheind expunerea destul de amplă asupra relelor ce rod ţara noastră, d. dr. Claudian arată principiile călăuzitoare în alcătuirea unui plan de organizare şi pe cari le rezumă astfel:

1. Un sistem de asistenţă integrală, lupta de refacerea capitalului biologic făcându-se nu numai cu mijloace medicale propriu zise, ci integral, printr'o acţiune de ridicare socială, economică, culturală şi sanitară.

2. In sectorul sanitar propriu zis, medicina şi higiena socială să fie pusă pe plan de egalitate, cel puţin, cu medicina curativă.

3. Indreptarea efortului spre sate, unde problemele sunt mai acute şi preocupările vechiului regim au fost absente.

Acest plan este un plan maximal, care nu se poate înfăptui integral decât într'un număr de ani. Intârzierea realizărilor este în funcţie de găsirea mijloacelor materiale şi de pregătirea personalului. Dificultăţile trebuesc însă învinse, trebuesc combătute cu spiritul nou, cu spiritul legiunii.

In expunerea acestui plan, d. dr. Claudian face şi o schemă de organizare a ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, în fruntea căreia fixează comisiunea interministerială socială, care va grupa în jurul ministerului o serie de departamente ce pot colabora pe teren social.

Nucleul acestei comisiuni îl va alcătui în chip firesc ministerul sănă-

Sirop de Efetonină Merck

(contra tusei)

în tuse, tuse convulsivă bronşite

Flacoane cu aprox. 100 şi 170 g

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanţa generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu
Bucureşti, str. T. G. Masaryk 32

În tratamentul constipaţiei

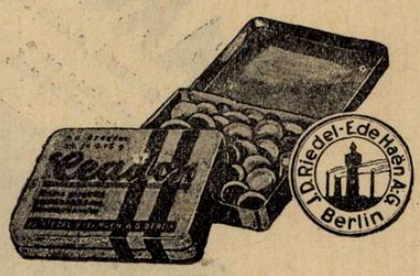
Se poate evita obişnuinţa şi iritaţia mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcţionare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop serveşte

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNE CRUDĂ ȘI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Reprezentant-Depositar : Drogueria Standard. Str. S F. Ionica 8. Bucaresti

ţăţii. El va expune problemele şi va înmănunchia preocupările şi activitatea celorlalte ministere proectându-le pe planul social. Comisiunea va avea rolul să ia hotărîri coordonate spre scopuri precise.

Dela această comisiune, d. dr. Claudian expune în amănunţime modul de organizare al ministerului cu fiecare direcţie serviciu, etc., — pentru medicina curativă, medicina socială şi ocrotiri sociale.

Asemenea scheme s'au mai făcut închee d-sa. Dela imaginarea ei şi până la înfăptuire este însă o cale foarte lungă.

Vom încerca să punem la temelia acestei zidiri un suflet şi jertfa unei generaţii: jertfa legionară.

Cuvântarea D-lui Dr. O. Comşa

D. dr. *O. Comşa*, directorul Institutului de igienă şi sănătate publică din Bucureşti, arată că pentru realizarea programului sanitar al statului naţional-legionar, ieşit din mintea şi din sufletul medicilor luptători şi martiri — medicii legionari vor depune sforţarea lor de totdeauna, pentru viaţă şi învierea neamului.

D. dr. Comşa exemplifică apoi cum păşirea unui neam în istorie s'a făcut sub scutul calităţilor lui biologice, prăbuşirea începând întotdeauna dn motive sociale.

Prin biruinţa legiunii, ambianţa socială care se aşezase până acum în mod tragic în calea evoluţiei noastre fireşti, s'a risipit, neamul nostru aşezându-se din nou în matca destinului.

Şuvoiul sfânt al vieţii româneşti fusese întrerupt până acum de civilizaţia regimurilor trecute, neamul făuritorilor de ţară a lui Ştefan Vodă fiind bântuit de pelagră şi alcoolism, Moţii lui Horia roşi de tuberculoză şi boli venerice. Banatul şi Făgăraşul depopulate, iar satele Munteniei Voevozilor Basarabi, înţesate de ţigani.

Alimentaţia iraţională, subalimentaţia, bolile sociale, mizeria colectivă, lipsa higienei în care se sbate poporul nostru, ar fi putut însemna un început de dezastru.

Comisiunile de medici legionari vor studia toate aceste rele, încadrând problemele în rostul lor practic, soluţionarea asigurând astfel reuşita în istorie a neamului, recimentându-l în matca vieţii sale fireşti.

Cuvântarea d-lui Dr. Şerban Milcoveanu

D. dr. *Şerban Milcoveanu* a rostit apoi următoarele:

Suntem angaţi în lupta pentru sănătatea neamului.

Biruinţa cere dela început o cunoaştere precisă a situaţiei şi terenului pe care se acţionează. Comisiunile ce le (vom institui vor îndeplini această sarcină.

Ne trebuesc însă şi instrumentele cari să realizeze, armata de oameni care să aducă la îndeplinire deziderate formulate. Aceasta va trebui formată de institutul de higienă din Bucureşti, unde vor fi concentraţi toţi specialiştii. Sperăm astfel ca, în primu an, să formăm 100 de medici higienişti, iar în al doilea an, 150—200.

Se va face apoi o planificare sanitară şi numai după aceea vom începe realizările pe teren. Acţiunea noastră va interveni în mod autoritar.

Expunând modul cum se va ajunge la realizare d. dr. Milcoveanu precizează raporturile dintre secţia sanitară a Centrului legionar de studiu şi documentare — şi ministerul sănătăţii.

In orice operă — spune d-sa — există două acte: actul creaţiei şi cel al execuţiei. In acţiunea ce întreprindem, actul creaţiei aparţine centrului de studii, aplicarea pe teren aparţinând ministerului.

D. dr. Milcoveanu se ocupă apoi de imboldul de organizare şi secţiei sanitare a centrului legionar de studii.

Referindu-se la expunerile d-lor dr. I. Claudian şi dr. O. Comşa, cari privesc partea doctrinară, d. dr Milcoveanu arată că d-sale îi rămâne sarcina de a transpune aceste idei ca metodă de lucru, în comisiuni.

Vorbeşte astfel despre criterile cari au călăuzit formarea comisiunilor şi tehnica după care vor lucra.

In alcătuirea unei comisiuni, criteriul a fost acela al terapeuticei, al posibilităţilor de îndreptare pe teren, cari constituesc obiectivul.

Înţelegem ca aceste comisiuni, în viitoarea reorganizare a ministerului, să alcătuiască chiagul unor viitoare direcţii sau servicii. Comisiunile vor aduna tot materialul aflător în ţară şi străinătate, privind problemele respective. Ele vor alcătui planul minimal, cel maximal şi etapele de trecere spre maximul, care este idealul. Comisiunea va preciza ce personal, material, cercetări de laborator, legislaţie, etc. sunt necesare pentru acţiunea pe teren, stabilind şi legătura de care este nevoe pentru coordonarea activităţii cu a celorlalte departamente.

In aceste comisiuni nu pot lucra decât legionari şi simpatizanţi, luaţi pe răspunderea camarazilor încadraţi. Un camarad nu poate face parte decât dintr'o singură comisiune. Personalităţile vor putea lucra în maximum 2—3 comisiuni.

D. dr. Milcoveanu anunţă că înscrierea într'una din cele 25 comisiuni se poate face în fiecare zi, între orele 6—8 d. a. la sediul secţiei, care s'a mutat la Colegiul medicilor din palatul Carlton. Inscrierile se vor închide Sâmbătă 19 Octombrie, după care se va alege câte un conducător al comisiunilor şi câte un secretar.

In altă ordine de idei, d-sa anunţă că secţia organizează un dispensar în str. Cobălcescu, sub direcţia d-nei dr. Marin, invitând pe cei ce doresc a da consultaţii aici să se adreseze conducătoarei.

Cuvântarea d-lui V. Iasinschi, ministrul muncii, sănătăţii şi ocroţoirilor sociale

D. *V. Iasinschi*, ministrul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, a rostit apoi următoarele:

Camarazi,

Legiunea trece la muncă. Aceasta este realitatea şi în baza ei suntem cu toţii aici.

Expunerile ce vi s'au făcut astăzi pot sperla pe mulţi. Căci s'ar putea spune că nu sunt sorţi de realizare.

Eu afirm că tot ceeace se concepe se va realiza.

Pentrucă legiunea este solid aşezată şi ea lucrează de-acum înainte pentru veacuri.

Nu ne grăbim nici la reforme nici la manifestări care ar putea compromite acţiunea noastră.

Mergem în pas normal, cu conştiinţa solidităţii şi a viitorului.

Nu ne vom abate sub nici o formă din calea destinului ce ne-a plantat pe acest drum.

Camarazi,

Cu ştiinţă, cu practică, cu suflet şi cu dragoste — aruncaţi-vă în luptă, pentru a da ţării tot ceeace se aşteaptă dela noi.

Comisiunile de studii

S'au instituit următoarele comisii de studii:

1. Comisiunea instrumentului curativ: Spitalul ca centru curativ şi organizarea lui interioară; preventoriul pentru valizi sau convalescenţi; sanatoriul; dispensariul monovalent, dispensarul polivalent sau policlinica dispensarul ambulatoriu-mobil; raporturile şi proporţiile între spital şi dispensar; spitalul de urgenţă şi centrele de transfuzii; laboratoriile radiologia: serviciul social individualizat cu urmărirea bolnavului la domiciliu şi fişa medicală individuală. Toate privite din punct de vedere tecnic atât în mediul urban cât şi în cel rural.

2. Comisiunea personalului curativ: Personalul medical; selecţionarea elitei medicale; problema concursului; problema specializării, problema salarizării şi a cumulului; ordinul medicilor — colegiile profesionale; deonto-

logie medicală. Personalul auxiliar cu învăţământul lor (licee sanitare) şi organizarea în sindicate care să se autoconducă, anume: agenţi sanitari, surori de caritate, moaşe, viziteuze, surori de ocrotire, asistenţe sociale, laboranţi, etc.

3. Comisiunea medicamentului: industria farmaceutică: chimicale, plante medicinale, hormoni, vitamine; problema farmaciilor şi a cooperativelor sanitare rurale; comerţul farmaceutic; prepararea serurilor şi vaccinurilor.

4. Comisiunea finanţării asistenţii sanitare: sistemul asigurărilor în mediu urban şi rural, contribuţia progresivă, organizarea asigurărilor, libera alegere şi medicul funcţionar; impozitul sanitar de 4 la sută pe producţie şi consumaţie; reglementarea gratuităţii; bugetul sanitar familiar; descentralizarea bugetului sanitar până la unitatea comunală; unificarea fondurilor sanitare regulate şi speciale; fişierul sanitar central.

5. Comisiunea învăţământului medical şi organizarea lui în facultate.

6. Comisiunea punerii în valoare şi organizării staţiunilor balneo-climaterice.

7. Comisiunea propagandei şi educaţiei sanitare, în masse ia conducători, la intelectualii rurali, controlul cărţilor didactice, organizarea presei medicale, broşuri, cursuri, filme, ateneе etc.

8. Comisiunea unificării tuturor instituţiilor sanitare şi organizării lor în angrenajul administrativ sanitar, aprovizionarea şi economia spitalelor.

9. Comisiunea odonto stomatologiei sociale; Controlul şcolarilor; formarea de medici specialişti, asistenţe şi technicieni; asistenţa stomatologică mobilă şi cu centre fişe în mediul urban şi rural; industria materialului dentar.

10. Comisiunea boalelor organice şi de nutriţie: în special diabet, reumatism, cord; readaptarea la muncă; formarea profesională.

11. Comisiunea cercetării demografice din punct de vedere static şi dinamic; natalitate, mortalitate, mortalitate infantilă, variaţii regionale, căsătorii, etnicitate, statistici sanitare şi demografice.

12. Comisiunea ocrotirilor sociale: asistenţa defectivelor bătrâni, bolnavi mintali, şomeuri, săraci, invalizi, etc.; Crucea Roşie şi Societăţile de binefacere în mediul urban şi rural.

13. Comisiunea igienii urbane şi geniul sanitar; captare de apă alimentară, canale, zone de verdeaţă, locuinţă urbană, liniştea urbană, focare infecţioase urbane, controlul alimentar, controlul industriilor, standardul de viaţă al muncitorului.

15. Comisiunea alimentaţiei rurale; apă, lapte, pelagra şi alcoolismului.

16. Comisiunea tuberculozei ca maladie socială.

17. Comisiunea sifilis, venerice, prostituţie, asistenţă prostituatelor, certificatul prenupţial.

18. Comisiunea cancerului, malariei, turbării, gușă endemică, trachomului.

19. Comisiunea igienii industriale, boalelor profesionale, accidentelor de muncă, legislaţiei sanitare muncitoreşti, medicină legală.

20. Comisiunea ortogenezii tineretului, educaţiei fizice, selecţionării în şcoală, igienii mintale în şcoală, şcoale de supradotaţi.

23. Comisiunea colonizărilor de plasare şi de exemplificare.

24. Comisiunea etnoantropologiei, raseologiei, eredobiologiei, amestecului etnic, evreii şi ţiganii.

25. Comisiunea Eugeniei, etnobiologiei şi biopoliticei, carnetul sanitar individual.

26. Comisiunea pentru reorganizarea medicinii militare.

Noul mod de conducere al Epitropiei Aşezămintelor Brâncoveneşti

D. general Ion Antonescu a semnat un Decret-lege privind modul de instituire al conducerii Epitropiei Aşezămintelor Brâncoveneşti şi care precizează: Aşezămintele Brâncoveneşti se conduc şi administrează de către cei doi epitropi prevăzuţi în testamentul din Octombrie 1835 al Bănesei Safta Brâncoveanu, numiţi în condiţiunile prezentului Decret-lege.

Primul epitrop este numit pe timp de 4 ani, dintre medicii Aşezămintelor Brâncoveneşti, prin Decret dat de către Conducătorul Statului, la propunerea ministrului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Acest epitrop are efectiv conducerea şi administraţia Aşezămintelor.

Cel de al doilea epitrop este numit pe timp de 4 ani tot prin Decret dat de Conducătorul Statului, la propunerea Patriarhului ţării, după ce mai întâi a fost desemnat în condiţiunile mai sus menţionate.

Atribuţiunile acestui epitrop sunt de a supraveghea executarea voinţei de fond a testatoarei şi a bunului mers al Aşezămintelor, având obligaţia să semnaleze în scris Patriarhului ţării şi ministrului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, orice abatere va constata.

Epitropii sunt ajutaţi în atribuţiunile lor, de un director medical recrutat dintre medicii Aşezămintelor şi de un subdirector administrativ, ambii numiţi prin decizie dată de ministrul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, la propunerea primului epitrop.

Orice dispoziţiuni contrarii legii de faţă sunt şi rămân abrogate.

Anchetarea activităţii şi gestiunilor instituţiunilor pendinte de ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

«Monitorul Oficial» a publicat următorul Decret-Lege pentru instituirea unei comisiuni speciale de anchetă cu privire la activitatea şi gestiunea direcţiunilor şi instituţiunilor pendinte de ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, inclusiv Casa Centrală a Asigurărilor Sociale şi Casa Construcţiilor.

ART. 1. — Se institue pe lângă ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale o comisiune specială însărcinată să ancheteze activitatea operaţiunilor şi lucrările direcţiunilor şi instituţiunilor depinzând de acest minister, în decursul ultimilor zece ani.

Cercetările comisunii se vor intinde şi asupra Casei Centrale a Asigurărilor Sociale şi Casei Construcţiilor.

ART. 2. Comisiunea va fi alcătuită dintr'un magistrat, un delegat al ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, un delegat al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, un medic şi un avocat public.

Toţi aceştia vor fi numiţi prin decret, pe termen de 2 ani la propunerea ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Un funcţionar al ministerului va îndeplini funcţiunea de secretar al comisiunei, care va fi ajutat la nevoe şi de alţi funcţionari delegaţi în acest scop.

ART. 3. — Comisiunea va avea de cercetat toate cazurile cu care va fi sezisată prin Direcţiunea cabinetului ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, sau prin denunţuri ce i se vor adresa direct.

ART. 4. — Pentru orice caz dat în anchetarea ei, comisiunea va putea dispune şi face cercetări la sediile Direcţiunilor şi instituţiunilor respective în scopul de a strânge date şi de a lămuri chestiunile privitoare la activitatea şi gestiunea persoanelor puse în cauză.

Comisiunea va avea dreptul să consulte orice acte, documente şi registre, să ia depoziţii scrise sau declaraţiuni şi să ceară comunicare sau copii legalizate ori certificate pentru conformitate de pe actele aparţinând sau aflate în păstrarea altor departamente ori instituţiuni publice sau particulare, în cazul când s'ar simţi nevoie de acestea pentru efectuarea cercetărilor întreprinse.

Comisiunea va putea deasemenea pentru eventuale deplasări în afară de sediul ei, să ceară ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale de legarea de funcţionari administraivi informaţiuni la faţa locului, sau să sau de specialitate, care să culeagă

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

33 ani de existenţă
(1907 — 1940)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

culeagă informaţiuni la faţa locului, procedeze la inspecţiuni şi descinderi.

ART. 5. — Asupra fiecărui caz cercetat, Comisiunea va întocmi un raport care va cuprinde şi avizul motivat şi pe care îl va înainta ministrului Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Pe baza acestui raport, ministerul va da o deciziune prin care se vor constata prejudiciile suferite de Stat şi care va constitui titlul legal urmărirera celor învinuiţi, potrivit legilor în vigoare.

ART. 6. — *Membrii Comisiunei nu vor primi nici o retribuţiune.*

Ei vor avea însă dreptul la rambursarea cheltuelilor de transport şi întreţinere în caz de deplasări făcute în interesul cercetărilor.

Anulări de numiri şi confirmări făcute la ministerul Sănătăţii

Importanta decizie a d-lui ministru Iasinschi

D. V. Iasinschi, secretar de stat la ministerul Muncii şi sănătăţii, a hotărît să revină asupra deciziunii ministeriale Nr. 63074 din 7 Septembrie 1940, prin care următorii profesori dela Institutul surorilor de ocrotire şi caritate M. S. Elena din Bucureşti, au fost confirmaţi definitiv, anulându-se aceste confirmări întrucât sunt diurnişi şi anume:

Dr. D. Paulian, dr. Bobancu, prof. Al. Dobrescu, dr. Leontina Dobrescu-Târulescu, dr. Eugenia Copcea Fotino, dr. V. Plătăreanu, dr. Horia Slobozeanu, dr. Mircea Bruteanu, dr Emil Pojogeanu, dr. Grigore Lăzărescu, ing. Alea. Podhorschi şi farm. Alexandrina Armăşescu. Numiţii vor continua să funcţioneze ca diurnişti, atât cât nevoia va cere.

Se anulează numirea d-lui dr. N. Izvoranu, ca director al personalului din ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, întrucât nu i se poate aplica art. 540 din legea sanitară şi mai ales că la data numirii, postul nu era vacant.

Se anulează confirmarea definitivă a d-lui dr. I. Tănăsescu ca medic de consultaţii chirurgicale la spit. Central Dr. I. Cantanuzino Bucureşti, întrucât nu are concurs în specialitate, nu îndeplineşte condiţiunile art. 203 din legea sanitară iar postul nu a fost publicat vacant.

Se anulează confirmarea definitivă ca medic primar în specialitatea nas, gât şi urechi, a d-lui dr. C. Stănescu, întrucât nu îndeplineşte condiţiunile art. 203 din legea sanitară.

Se face pe data de 1 Nov. 1940, următoarea mişcare în corpul medical pendinte de acest departament şi anume:

D. dr. C. Suflery, inspector general sanitar definitiv la Chişinău, se transferă, în aceiaşi calitate în postul vacant la Constanţa.

D. dr. Rădulescu N., medic primar definitiv al jud. Baia, cu grad de inspector g-ral sanitar, se transferă în postul vacant de inspector general sanitar al Inspectoratului sanitar Suceava.

D. dr. Costâc Teodor, medic primar definitiv al jud. Storojinet, se transferă în aceiaşi calitate, în postul de medic primar al judeţului Baia, în locul d-lui dr. Rădulescu M., trecut în alt post.

D. dr. Manu Valentin, medic definitiv de circ. urbană la Tg. Mureş, se transferă în postul vacant de subinspector g-ral sanitar al inspectoratului sanitar Bucureşti.

D. dr. Ion Vonica, şef de serviciu cl. I medic igienist la inspectoratul sanitar Cluj, se transferă în aceiaşi calitate de serv. sanitar al municipiului Bucureşti.

D. dr. Lisievici C., subinspector g-ral sanitar definitiv la Chişinău, se transferă în postul vacant de subinspector g-ral sanitar al inspectoratului sanitar Craiova.

D. dr. Gavril Lazăr, medic primar definitiv al jud. Sălaj, se transferă în postul vacant de subinspector g-ral sanitar al inspectoratului sanitar Galaţi.

D. dr. Rotarul V. Ion, medic definitiv al circ. Topliţa jud. Mureş, se transferă în aceiaş calitate la circ. Lunca corbului jud. Argeş.

D. dr. Teodoru Emilan, se reintegrează în postul avut de medic al circ. Suici jud. Argeş, în urma anchetei făcute.

D. dr. Stere Aristide, medic primar definitiv al jud. Caliacra, se transferă în aceiaşi calitate în postul vacant de medic şef al portului Constanţa.

D. dr. Topa Petre, medic primar definitiv al jud. Durostor, se transferă în aceiaşi calitate în postul de medic ajutor al portului Constanţa.

Un număr al revistelor „Wiener medizinsiche Wochenschrift" dedicat medicinei româneşti.

Revista medicală vieneză «Wiener Medizinische Wochenschrift» a scos un număr special românesc, conţinând lucrări publicate în acelaş timp în româneşte şi în limba germană datorită medicilor români.

D, Dr. Eugen Suciu pres. colegiului din Timişoara, făcând parte pentru România din comitetul de redacţie al revistei, are în acest număr special, următoarele cuvinte introductive:

„O personalitate de marcă a ştiinţei medicale germane făcuse cu ocazia unui congres internaţional o remarcă nu numai spirituală, — dar în acelaş timp foarte preţioasă din punct de vedere practic:

Congresele internaţionale au marea utilitate a orientării pentru medicii, care trebue să-şi cruţe timpul. E o ocazie binevenită de a descoperi cercetătorii originali şi valoroşi, distanţându-i de numeroşii debutanţi ambiţioşi de şablon.

Ai prilejul s ă te orientezi, carj sunt aceia, pe cari trebue să-i urmăreşti în reviste şi lucrări spre folosul tău. E o economisire importantă de timp şi energie spirituală.

Congresele internaţionale sunt actualmente imposibile din cauza stărilor de război, singurul contact ştiinţific internaţional e revista medicală şi anume acele reviste, cari vreau să servească ideja colaborării internaţionale.

«Wiener Medizinische Wochenschrift are deosebite realizări pe acest tărâm, devenind organul mdical internaţional al Europei centrale. E o plăcută datorie pentru mine de a da expresiune mulţumirii noastre în numele colaboratorilor din România, editurei revistei pentru sacrificiile sale atât de preţuite.

BIBLIOGRAFII

Cours de physiologie générale. par Henri Frédérico, profesor à l'Université de Liége *deuxiéme édition revue.* Un volume de 456 pages. . . . . $ 2,95

Este «Cursul de Fiziologie generală» aşa cum este predat de către autor la Universitatea din Geneva, în cincizeci de lecţiuni. Este o lucrare didactică, care urmând un program de cursuri, are şi scopul de a satisface interesul pe care îl au studenţii faţă de anumite probleme fiziologice.

In această lucrare, el a pus în valoare argumentele temeinice, a explicat fenomenele susceptibile de a provoca cel mai mare interes, a stabilit, în sfârşit, o discriminaţiune între punctele ce pot fi expuse în mod succint şi cele cari meritau desvoltări ample. In acest din urmă caz el nu a ezitat atunci când nu putea extinderea cuvenită să facă trimiteri la tratate, la monografii, la articole originale.

Din acest punct de vedere, acest curs de Fiziologie poate poate servi ca sursă de informaţiuni elementare oricărui spirit animat de curiozitate ştiinţifică.

In rezumat, carte didactică în care partea personală a autorului este importantă, atât din cauza judicioasei alegeri a chestiunilor tratate cât şi prin orientarea filozofică sau ştiinţifică pe care o adoptă.

† Dr. Alexandru Mirea
(1883-1940)

O întâmplare nepotrivită m'a împiedicat ca să depun o lacrimă de durere amară pe mormântul aceluia care nu mai este, dar a cărui dispariţie fatală a mişcat adânc pe toţi aceia ce l-au cunoscut de aproape. A murit un om de mare şi aleasă omenie, care întruchipa bunătatea, altruismul, generozitatea, discreţia şi mărinimia. A plecat dintre noi cu aceiaşi discreţie cu care a trăit, după o suferinţă grea care nu i-a schimbat întru nimic bunătatea. Omul care s'a stins în ziua de 8 Iulie 1940, în plină maturitate a unui spirit de o excepţională calitate, încheia înainte de vreme, răpus de boală în Spitalul Academiei Române (Elias) şi măcinat de atroce suferinţe stoic îndurate, o viaţă exemplară din toate punctele de vedere. Viaţa lui a fost aceia a unui om de o rară modestie, de o totală rezervă, de o distincţiune atât de puţin întâlnită în zilele noastre, încât cucerea pe oricine îl apropia, pe oricine mai ales, îşi da osteneala să-l ajute a-şi învinge o firească timiditate, ce ascundea însă sub învelişul unei rare şi fermecătoare politeţe, cea mai caldă şi mai generoasă dintre inimi.

Doctorul Alexandru Mirea s'a născut la Bucureşti la 28 Decemvrie 1883. Dela tatăl său a moştenit puterea de muncă, energia, autoritatea şi inteligenţa, iar dela mama sa blândeţea, bunătatea, generozitatea şi cinstea. Şcoala primară o face la Domniţa Bălaşa, liceul la Matei Basarab. Intră la Facultatea de Medicină din Bucureşti unde urmează 3 ani. In urma ideei pe care a avut-o şi pe care a vrut s'o puie în practică de a construi un aparat pentru amplificarea sunetelor inimei, este trimis la Paris cu o recomandaţie specială către Institutul Mareille, unde lucrează în mod foarte asiduu timp de un an. Continuă studiile medicale la Facultatea de Medicină dela Paris şi apoi revine în ţară pentru a-şi trece doctoratul. Subiectul tezei de doctorat este: Helioterapia în afecţiunile tuberculoase osoase. Lucrare inspirată de metoda Dr. Rollier cu care s'a ocupat în Elveţia, unde a petrecut câteva luni de vacanţă, la un sanatoriu din Leysin. Reîntors în ţară se duce la Tekirghiol şi la Spitalul Eforiei, caută să aplice cele văzute şi învăţate în străinătate, aducând multe vindecări şi ameliorări în această maladie aşa de gravă şi o nouă rază de lumină şi bucurie în sufletele atâtor bolnavi atât e infirmi şi nenorociţi.

Atât în liceu cât şi la Facultate se dovedeşte a fi un element harnic, ordonat, muncitor şi talentat. După ce şi-a dat teza de doctor, activează ca medic onorific la Spitalul Colţea la secţiunea dermato-sifiligrafică. Ia parte apoi la campaniile din 1913 şi 1916.

In acele vremuri lipsind preparatul Dakin, are ideia de a întrebuinţa apa de mare distilată pentru spălatul rănilor şi cu această metodă obţine mari succese. Rămâne din ordin la Bucureşti sub ocupaţia germană cu un pavilion de 200 răniţi în imposibilitate de a fi evacuaţi căutând pe cât posibil a aduce o uşurare şi o mângâiere acestor suferinzi.

In 1920 pleacă la Berlin pentru a-şi complecta studiile şi urmează cursurile de specializare în electro-radiologie organizate de Berliner Akademie für ärtzliche Forbildung şi stagiul spitalicesc îl face la Spitalul Charité şi Rudolf Vierchow. Reîntors în ţară după vreo doi ani cumpără băile Dr. Er-

dreich din Str. Italiană pe care le organizează dându-le un caracter pur medical şi cu timpul î-şi face cel mai complect şi modern Institut de fisio-electro-radiologie în care lucrează cu multă pasiune şi la care î-şi asociază mai mulţi colaboratori. Printre aceştia mă număr şi eu, deoarece am lucrat la acest Institut condus de Dr. Mirea dela anul 1936 până la 1939.

In afară de cunoştiinţele medicale pe care le câştigase şi le aprofunase, în tinereţe nu a neglijat de a-şi cultiva sufletul având o vastă cultură generală, fiind un mare admirator al artelor frumoase, iubea muzica, nu-i scăpa nici o conferinţă şi nici vreo carte nouă apărută, căutând în orele libere a se pune la curent cu tot ce este nou.

Este nelipsit dela congresele de specialitate ce s'au ţinut la Londra, Stockholm, Paris, Bruxelles, unde face comunicări şi ia parte la discuţiuni.

Această viaţă relativ scurtă, — Dr. Mirea moare la 57 ani, — rămâne totuşi reprezentativă, plină de substanţă şi de o rară noblete prin gândurile şi simţimintele ce au frământat-o. Dacă vrem să rezumăm trăsăturile celui ce a fost Dr. Alexandru Mirea, aşa după cum le-a fixat odinioară tradiţia hipocratică, putem să spunem că el a fost un gânditor, un artist, om de inimă şi mai ales om de caracter.

Dr. GH. GATOSCHI

BIBLIOGRAFII

Pneumotoraxul experimental de Dr. C. Bibicescu şi Dr. Carpinişanu în colaborare cu Dr. Z. Barbu şi Dr. A. Oncescu.

Reproducem pentru informarea cititorilor noştri următoarea prefaţă a lucrărei scrisă de d. dr. I. Costinescu:

«Din nefericire cazurile de tuberculoză pulmonară sunt aduse la cunoştinţa medicilor specialişti într'un moment când leziunile sunt înaintate; munca noastră de prevenire trebue intensificată în sensul depistărei cât mai timpurie a cazurilor de tuberculoză.

Cu cât tuberculosul este mai întârziat în căutare, cu atât simfizarea pleurală este mai probabilă.

Din nenorocire, în sanatoriile noastre suntem obligaţi a primi şi bolnavi la cari pneumotoraxul intrapleural nu se mai poate face. Ei nu mai pot beneficia de admirabila metodă a lui Forlanini. Dar cum astăzi nu mai este discutabilă necesitatea ca în cazul de tuberculoză pulmonară, plămânul bolnav să fie pus la un repaus cât mai complect, se impune o metodă terapeutică care să ajungă la acest rezultat, chiar în caz de simfiză pleurală.

Lucrarea care se prezintă astăzi se ocupă de această metodă a pneumotoraxului extrapleural.

Această intervenţie este pe larg descrisă de conducătorul şi colaboratorii Sanatoriului Moroeni şi bazaţi pe experienţa ce au asupra a 70 de cazuri, ne dau rezultate foarte mulţumitoare.

S'au putut obţine aceste bune rezultate, bine-înţeles, prin competinţa şi abilitatea medicilor, dar şi datorit faptului că Sanatoriul dela Moroeni este prevăzut cu un serviciu de chirurgie perfect amenajat şi unde se pot executa orice intervenţiuni.

Suntem siguri că în curând, prin măsurile riguroase ce se vor lua, cazurile de infecţie a pungei extrapleurale vor deveni din ce în ce mai rare.

Astăzi chirurgia a intrat în practica terapeuticei tuberculozei pulmonare şi graţie ei, un număr important de bolnavi înaintaţi cari erau condamnaţi, vor putea fi salvaţi.

Eu nu pot decât să aduc un cuvânt de mulţumire şi încurajare, tinerilor mei colegi dela Sanatoriul Moroeni pentru interesanta lucrare ce prezintă corpului medical».

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

In toate anemiile şi reconvalescenţa

FERCUPAR

TABLETE

(Fer + cupru + ficat + vitamină B)

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

„ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE"

Regimul fără sare în medicina internă

Dr. R. Mark

Clin. Med. Münster. (Ref. după Med. Welt 1938 Nr. 27)

Regimul fără sare este recomandat în special în sclerozele renale, în hipertonie şi în tulburările anginoase. Ameliorarea se observă concomitent cu scăderea tensiunei. In hipertoniile necompensate se recomandă totodată şi digitalină resp. Strofantin-Salyrgan, iar pentru turburările anginoase, Theominal, nitroglicerină, iod-calciu-diuretină etc.

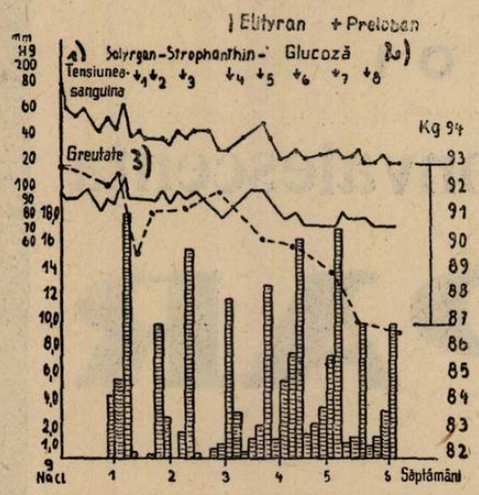


Fig. I. Tratamentul obezităţei (la început 92 kg. după 6 săptămâni 86,4 kg. aplicând Salyrgan, Elityran şi Preloban.

In nefroze, regimul fără sare în combinaţie cu uree, Salyrgan şi Thiroxin, ajută procesul de deshidratare. Acest regim dă rezultate bune, în tulburările circulatorii, angină pectorală, polidipsie, hidropizie şi epilepsie, precum şi în obezitate. Cu toate acestea, în obezitate este nevoe ca tratamentul să fie complectat cu Salyrgan şi Elityran + Preloban.

*

Tratamentul scarlatinei cu Protosil

W. Tonack

Spit. Hamburg-Barmbeck : (Kinderärztl. Prax. 1940, Nr. 3, pag. 93).

Incepând din primăvara anului 1937, *Tonack* administrează bolnavilor de scarlatină, Prontosil, pentru prevenirea complicaţiilor, observând o acţiune pronunţată asupra limfadenitelor cervicale. In timp de 2 ani Tonack tratează aproape 200 copii cu limfadenite cervicale, postscarlatinoase ; inflamaţiile pronunţate şi supuraţiile ganglionilor cervicali destul de frecvente înainte, au dispărut aproape complect după aplicarea Prontosilului. Deja după 24 ore dela aplicarea Prontosil-ului dispare sensibilitatea acestor adenite. Inflamaţia se retractează în decurs de câteva zile; temperatura revine la normal după 2-3 zile. Indată ce se observă inflamaţia ganglionilor se administrează Prontosil şi anume: adulţii primesc de 3—4 ori câte 2 tablete Prontosil, copii de şcoală de 4 ori 1 tabletă (resp. 3x2 tableteo, iar copii mici de 3 ori câte 1 tabletă Prontosil, zilnic. Local se recomandă comprese reci. Ca manifestaţiuni au fost semnalate diaree uşoare, iar în unele cazuri exanteme asemănătoare rubeolei In urma rezultatelor absolut satisfăcătoare obţinute de către Tonack în tratamentul limfadeenitelor cervicale post scarlatinoase autorul crede că insuccesele înregistrate în unele cazuri, se datoresc aplicării insuficiente de Prontosil.

*

Tratamentul combinat al epilepsiei cu soluţia de Prominal-sodic + Luminal resp. Prominal

Dr. Steggemann şi Dr. Warken

Spitalul Tilbeck lângă Münster (Referat din Psyh.-neurol. Wschr. 1939, Nr. 8)

Steggemann şi *Warken* au încercat în epilepsie soluţia de Prominal-sodic 25% în Propylenglykol. Majoritatea bolnavilor au căpătat pe lângă această soluţie şi Luminal, în urmă Prominal. 25 picături din sol. de Prominal-sodic 25% corespund cu ca. 0.20 ctgr. Prominal. Se recomandă următoarea schemă de dozaj care trebue modificată individual: în absenţe, 20 ctg. Prominal+2× 15 picături soluţie Prominal-sodic pe zi, în epilepsie uşoară (adică până la 10 accese pe lună) 1—2×0.10 ctgr. Luminal sau 0.20 ctgr. Prominal şi 3×15 picături din soluţia de Prominal-sodic pe zi, în epilepsie gravă (până la 30 şi mai multe accese pe lună) 3×0.10 ctgr. Luminal+ 3x15 picături din soluţie pe zi, evtl. cu tartarus boraxatus. In modul acesta au fost trataţi de doi ani 25 epileptici. Bolnavii, cari suportau această combinaţie, ceeace n'a fost întotdeauna cazul, au căpătat la urmă Prominal+Prominal-sodic în soluţie. Majoritatea bolnavilor a fost peste 10 ani în spital.

La 24 bolnavi cu o medicaţie de Luminal+Prominal-sodic în soluţie timp de 8 luni au asistat accesele în 7 cazuri (=29.2%), reducerea numărului acceselor cu cel puţin 50% la cazuri (=21%). reducerea acceselor cu mai puţin de 50% la 4 cazuri (=17%), nici o modificare a numărului acceselor la 7 cazuri (=29,2%) şi înmulţirea acceselor la 1 caz (=4,2%). In urma tratamentului cu Prominal sodic+Prominal timp de 1½ ani s'a obţinut la 12 bolnavi într'un caz dispariţia acceselor, de 5 ori (42%) scăderea numărului cu 50—99=, de 2 ori (17%) scăderea cu mai puţin de 50% şi nici o modificare la 4 bolnavi (33.3%). In linii generale ambele grupuri se prezintă aproape egal: scăderea numărului acceselor la 67% bolnavi. La 5 bolnavi efectul hipnotic al medicamentelor a fost prea puternic, 7 bolnavi au devenit mai iritativi şi anaccesibili.. Pentru aceşti 12 bolnavi s'a recurs la vechiul tratament necombinat. Starea psihică nu s'a schimbat, numai trei bolnavi au devenit mai accesibili. Agravarea dementei epileptice s' observat în timp de 2 ani numai la unul din 25 bolnavi. In general se poate spune că soluţia de Prominal-sodic este indicată în tratamentul epilepsiei, ea promite să aibe succese încă mai frumoase în formele recente şi mai puţin grave.

*

Diareele la sugari şi copii mici

Dr. H. I. Hartenstein

Clinica de boli de copii din Lipsca (Ther. Ggwt. 1939 Nr. 7).

Deshidratarea în diareele copiilor mici se vor combate prin soluţii de clorură de sodiu şi ser gluconat. Contra intoxicaţiei Hartenstein dă pe zi până la 3 cmc. Campolon intramuscular. Astfel a redus mortalitatea intoxicaţiunei la sugari dela 87 la 60% (deci nu mai puţin). Vărsăturile se combat cu Luminal (-sodic) şi turburările centrale ale respiraţiei cu Icoral. In coeliachie, la care s'a recomandiat de alţi autori şi Campolon, ar avea eventual perspective de succese tratamentul combinat cu extract din corticala suprarenală şi Campolon.

*

Asupra anemiilor sarcinei

Dr. P. Hüssy

Spitalul cantonal, Aurau (Ztbl. Gyn. 1940 Nr. 2).

In anemia pernicioasă veritabilă se găseşte în punctiunea măduvei osoase megaloblasti, în anemia pseudopernicioasă, spre deosebire, normo--şi macroblaşti. H ü s s y recomandă a se folosi mai mult eritrocitometria pentru distingerea formelor micro-, normo-şi macroitare. «Anemia gravidară» este considerată ca anemie «pseudopernicioasă». Bine înţelescă se poate ivi în timpul sarcinei şi o veritabilă anemie pericioasă. H ü s s y a constat o asemenea afecţiune la o gravidă, a cărei diagnostic a fost asigurat aiba prin punctiunea sternală. Extractul de ficat Campolon şi alimentaţie bogată în vitamine au ameliorat foarte repede starea. Copilul s'a desvoltat bine. H ü s s y crede că anemia pernicioasă a existat deja înaintea sarcinei fiind diagnosticată abia în decursul ei prin agravarea simptomelor.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53. Bucureşti I.

EUBASINUM

(Sulfapyridin-Nordmark-werke)

p-(aminobenzen sulfamido-Pyridin)

Pentru tratamentul rapid şi eficace al

Pneumoniei
Meningitei
Gonoreei

Cutii orig. cu 30 tablete a 0,5 g.

B_1 - HEPATRAT

Extract de ficat + Vitamina B_1 500 u. I.

Profilactic şi terapeutic în

mieloza furniculară, poliomielită, intoxicaţii de tot felul (toxicozele sarcinei) hyperemosis gravidarum boala razelor şi casecsic, intoxicaţii cu sulfamide şi arsenobenzoli.

Cutii cu 3, 15 şi 20 fiole 2 cc. B_1 Hepatrat

NORDMARK - WERKE / HAMBURG

Pentru România: Dr. ALEX. RADU Str. Sofia 30, Bucureşti 3

Neurastenii — Nevroze —Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. — Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

(Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat)

Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii : 3 linguri de desert pe zi.

Rachitism-Toate formele de tuberculoză
Limfatism-Carii dentare-Creştere dificilă
Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu Coloidal + Vitamină D.

Lichid. — Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Demineralizare-Fosfaturie-Inapetenţă
Neurastenie — Maladii consomptive
Sarcină — Alăptare

PHOSPHARSYL

Fosfaţi de Calciu metilarseniaţi

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate
Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză Paratiroidă

Granule: 2 — 3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză—Neurastenie — Maladii astenizante — Debilitate — Fracturi
Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

Fosfaţi de Calciu

Lichid: 2 — 3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL
Levulat de calciu

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular

Rachitism — Turburări de creştere
Tuberculoză — Alăptare — Fracturi
Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

IRADIAT

Fosfat Pinard + Vitamina D.

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Laboratoires du DR. PINARD — PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 22 — 10 Lei Exemplarul — 15 Noembrie 1940

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNII SIBIIU

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU înscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

COMITETUL DE REDACȚIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Brașcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Șt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenți: 140 Lei
Anunciurile se primesc la Administrația revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Dr. I. PAVEL: *Explorarea funcțională a icterelor.* 245

Dr. N. HODOȘ și Dr. I. DUMITRESCU: *Tratamentul plăgilor supurate* . 246

CRONICI

Deschiderea cursurilor Facultății de Medicină din București

Cuvântarea D-lui Prof. Dr. P. TOMESCU *Decanul Facultății.*

Cuvântarea D-lui D-rnd VOINESCU *Președintele Studenților în Medicină* 252

Pagina

PROBLEME MEDICALE

Dr. MARIN ENĂCHESCU: *Misiunea Tineretului Medical* 249

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Adaptarea învățământului superior la structura statului național legionar 250

Intemeierea „Uzinelor Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu; Comisiile de conducere ale secțiunilor județene ale colegiului medicilor. 251

Transferări în personalul medical al ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale 254

Pagina

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri și 2 planșe, 40 fr.

Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par *Jean Troisier*, professeur agrégé de Pathologie expérimentale et comparé à la Facult. de Médicine de Paris, Médecin de l'hôpital Beaujon, *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 280 pagini.

Les hépatites, par *Maurice Loever*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Prof. Dr. Gh. Băltăceanu: Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie. Vol. III «Cartea Românească» București.

Contra infecțiunilor stafilococice și în tratamentul

BLENORAGIEI

ULIRON

Preparatul chimioterapeutic, pentru tratamentul pe cale bucală.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină bruta
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.
Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. St. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

STIMULENT AL CENTRILOR CEREBRALI

AKTEDRON

α-Phenyl-β-isopropylaminofosfat.

La psiho-nevropaţi, oboseli matinale, incapacitate de concentrare şi depresiune, în fobii, lipsă de voinţă. In turburările produse de cure de desintoxicaţie: de alcool, morfină şi cocaină.

La indivizi sănătoşi pentru creşterea activităţii psihice, în stări de oboseală psihică sau fizică.

Ambalaje: Tuburi originale cu 20 tablete divizibile.
Cutii originale cu 6 fiole.

CHIMIOTERAPIA INFECŢIUNILOR **GONO** ŞI STAFILOCOCICE

ELEKTYL

INDICAŢIUNI: Blenoragii subacute şi cronice, epidimite, prostatite, artrite, irite blenoragice, blenoragia rectului, vulvovaginitele blenoragice ale copiilor mici. Panariţii, flegmoane, furunculi, antrax, hidradenite, osteomielite, etc.

Ambalaje: Tuburi de 12 şi 24 tablete.

In toate cazurile de TUBERCULOZĂ EXTRAPULMONARĂ

RUBROPHEN

injecţiuni — drageuri — pomadă.

Literatură la dispoziţia Domnilor medici.

Costul de fabricaţie a Rubrophenului fiind foarte ridicat, nu avem la dispoziţie monstre medicale.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: SANACHIMICA S. A.

Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4

LABORATOIRES G. EDGARD-ROSA
PARIS

Tonic hepatic—Diuretic—Cholesterolitic—Favorizant al metabolismului urelii și cholesterolului

CHOPHYTOL

Picături: 30—120 pe zi, la mese.
Dragee: 6—12 pe zi, la mese.
Injecții: 1—2 pe zi intramuscular sau intravenos.

Disolvant al Acidului Uric. — Diuretic — Cholesterolitic

CYNUROL

Dragee: 6—12 pe zi la mese.

Reprezentant: Farm. G. SIMONIU, BUCUREȘTI III. Bd. Vintilă Brătianu No. 5. Tel, 2.79.50

LABORATOIRE DE L'OZOTHINE
PARIS 16-e

Un produs nou în terapeutică

OZOTHINE

(Soluție apoasă de terebentină 2%)
după procedeul Sauvage

TRATAMENT AL AFECȚIUNILOR APARATULUI RESPIRATOR

INJECȚII: Intramusculare, intravenoase, intratracheale și intrabronchice. | 2 cc. | 5 cc. | 10 cc.
CAPSULE

REPREZENTANT:
Farm. G. SIMONIU
București III. Bul. Vintilă Brătianu Nr. 5
Tel. 2.79.50

Cirozele pot să fie diagnosticate mai bine dacă se ţine seama nu numai de eliminare globală a zahărului dar deasemenea de timpul eliminării. Proba galactozei poate să fie pozitivă în maladia lui Basedow, în neurozele vegetative, chiar dacă lipseşte alteraţia ficatului. In afară de aceste cazuri o probă pozitivă demonstră o alteraţiune difuză a ficatului foarte importantă; galactozuria negativă nu exclude o alteraţiune difuză a celulei hepatice».

Lăsând la o parte aceste numeroase rezerve pe care le face un apărător al probei galactozuriei şi dacă ţinem seama că ultima frază subînţelege concluzia că în cursul alterărilor de mică importanţă a celulei hepatice, proba galactozuriei nu dă vreo indicaţie utilă, ne putem întreba ce rămâne să diagnosticăm cu ea!

In orice caz aceste numeroase rezerve ne fac să înţelegem opiniunea extremă a lui *Heilmeyer* din Jena care neagă valoarea tuturor explorărilor funcţionale ale ficatului şi care, când e vorba de probele cu hidraţi de carbon se exprimă astfel:

«Aci răspunde nu ficatul ca organ singur, ci ansamblul mecanismului complicat al metabolismului hidraţilor de carbon din care fac parte în afară de ficat, pancreasul, supra-renalele, tiroida, hipofiza, creerul intermediar şi deasemenea starea funcţională a musculaturei tractului digestiv şi conţinutul în vitamine considerat la un anumit moment».

* * *

Pentru explorarea icterelor studiul secreţiei şi excreţiei biliare este cu mult mai precis. El se adresează funcţiunei lezate sau împiedicate a ficatului. Nici o problemă care să se raporte la specificitatea explorării prin raport cu ficatul şi căile sale de excreţie, nu este de temut. Problema unică care se va pune, va fi de ordin semiologic si va privi numai distingerea şi interpretarea multiplelor feluri de răspuns pe care le furnizează această probă: pozitivă, negativă, intermitentă în şedinţe succesive sau în aceiaşi şedinţă, parţial pozitivă sau parţial negativă, intensitatea fluxului şi coloraţiei, etc... Pentru fiecare din aceste rezultate alte variaţiuni trebuesc avute în vedere. Astfel se poate obţine schimbarea unui rezultat negativ într'unul pozitiv printr'o schimbare de poziţie a bolnavului (tubul fiind bine înţeles, în duoden), sau prin apăsarea cu mâna a unui colecistom. Se poate distinge între răspunsurile intermitente datorite unui proces iritativ acut şi difuz a porţiunei a doua a duodenului şi care sunt datorite aruncărei tubului în stomac şi între intermitenţele datorite iritaţiunii regiunei ampulei lui Vater şi a sfincterului lui Oddi, când tubul rămâne în duoden. In fine, fiecare răspuns comportă variaţiuni în ce priveşte elementele constitutive ale bilei.

Explorare foarte nuanţată, ea comportă calităţile şi defectele extremei sale sensibilităţi. In ceiace priveşte calităţile ea a îmbogăţit mijloacele noastre de diagnostic. Cu ajutorul său nu ne mulţumim azi cu diagnosticele oarecum grosolane, care singure puteau fi separate cu probele clasice de insuficienţă hepatică.

Rezultatele astfel obţinute şi care au putut fi verificate fie prin operaţie, fie prin autopsie fie prin evoluţia îndepărtată, ne-au permis să depăşim problema de diagnostic pentru a urca la problema patogeniei icterelor. Vom aminti aci de exemplu, descoperirea icterelor prin obstacol funcţional datorit spasmului reflex al sfincterului lui Oddi pe care le-am descris împreună cu Prof. *Nanu-Muscel* în 1929. Alte probleme patogenice între care rolul duodenitei în patogenia icterelor sau pluralitatea patogeniei unui anumit icter, au putut fi ridicate .

Dar pentru a ajunge la aceste rezultate trebue să depăşim unele piedici importante pe care le comportă această explorare. Ea cere participarea devotată a bolnavului. De altă parte nu se poate vorbi aci de o probă standardizată şi realizabilă în orice laborator. Din cauza faptului însuşi că rezultatele nuanţate pe care le aşteptăm dela ea, nu se obţin decât întrebuinţând o technică adaptată cazului, totdeauna variabilă, această probă seamănă mai degrabă cu o observaţie clinică decât cu un examen de laborator mai mult sau mai puţin standardizat. Interpretarea rezultatelor este deci în funcţie de technica întrebuinţată şi de medicul care trage concluziile.

Pentru a ajunge la aceste rezultate se cere o lungă practică şi o experienţă câştigată prin verificarea rezultatelor. In fine, repetiţia probei este necesară în marea majoritate a cazurilor, diagnosticul definitiv necâştigându-se adeseori decât treptat, treptat. Repetiţia nu constitue însă un inconvenient pentru bolnav deoarece, pentru tratamentul icterelor, tubajul duodenal este o metodă astăzi consacrată.

Cu aceste rezerve explorarea secreţiei şi excreţiei biliare cu ajutorul tubului duodenal este cu mult cea mai bună metodă de explorare a icterelor. Impreună cu prof. *Nanu-Muscel* noi am adoptat-o încă din 1926 în clinica medicală dela Spitalul Colţea şi n'am putut decât să ne felicităm de întrebuinţarea ei. Cu timpul am reuşit să-i precizăm semiologia generală, asupra căreia vom reveni într'un articol viitor.

Tratamentul plăgilor supurate

de Dr. N. HODOŞ şi Dr. I. DUMITRESCU
Chirurg secundar Intern

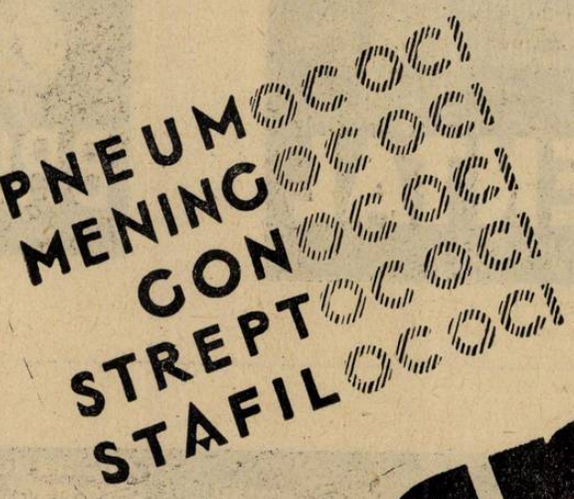
Congresul român de chirurgie din 1937 s'a ocupat într'o largă măsură, de tratarea plăgilor superficiale. Dl. Prof. *Iacobovici* în raportul D-sale face un studiu amănunţit asupra clasificării, etiologiei şi asupra tratării plăgilor.

Impărţirea plăgilor poate fi făcută din mai multe puncte de vedere. Ne putem gândi la agentul cauzator sau la întinderea leziunilor şi ne mai putem conduce după vechimea sau felul lor, adică dacă sunt plăgi aseptice sau septice. De un lucru însă trebue să ţinem seama în lucrarea de faţă şi anume, că ne îngrădim dela început în spaţiul ocupat de plăgile supurate (deci vechi) întâlnite într'un serviciu spitalicesc. Impărţirea plăgilor şi obârşia lor nu ne interesează, căci noi le luăm aşa cum ni se prezintă. Vrem să spunem că la un moment dat avem de tratat o plagă supurată, indiferent dacă e o muşcătură, o înţepătură, o împuşcătură sau dacă se trage din incizarea unui abces, flegmon sau osteomielită.

Plăgile supurate sunt, după cum spune Dl. Prof. *Iacobovici*, cea mai răspândită afecţiune chirurgicală. Ele au nevoie de o tratare osebită ce se schimbă în legătură cu un şir de elemente de care trebuie neapărat să ţinem seama. Primul lucru ce va fi luat în considerare este leziunea. Căci „infinitatea agenţilor vulneranţi şi a condiţiilor în care se produc plăgile, dau acestora înfăţişări anatomice foarte osebite". Iar „variaţiunea anatomică priveşte dimensiunile plăgilor, starea tegumentelor şi ţesuturilor celulare raporturile care sunt între diverse planuri anatomice" (prof. *Iacobovici* Congres chir. 1937). Deci împărţirea plăgilor este o deosebire de fapte care ne va duce şi la o deosebire de tratament.

La feluritele obârşii ale leziunilor se adaogă şi elementul teren, căci „anumite boli dau plăgilor anumite evoluţii" (Congres chir. Prof. *Iacobovici*) Sexul, vârsta, stările constituţionale nu fac decât să adâncească mai mult osebirea dela plagă la plagă. Un ultim element, asupra căruia Dl. Prof. *Iacobovici* atrage pe drept cuvânt atenţiunea, este viaţa locală, adică „condiţiile specifice fiecărei regiuni anatomice, care creiază un fel de anatomie proprie fiecărei regiuni" (Congres chir. 1937, Prof. *Iacobovici*). Aceste variaţiuni anatomice ţin de sistemul circulator, de sistemul nervos, de constituţia anatomică, chimică şi fizică, proprie fiecărei regiuni. Iar ca un rezultat

Chimioterapie antibacteriană



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
a (P. amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50 g

doza medie la adult în primele zile:

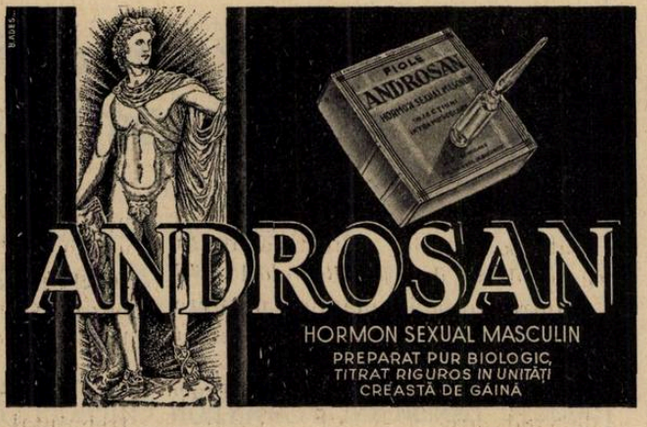
3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Propagande medicale; «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

al acestor elemente, viaţa locală are şi ea o înfăţişare osebită după efectul traumatismului sau agentului patogen.

Aceste noţiuni generale ne fac să luăm o anumită atitudine în faţa fiecărei plăgi supurate. Tratamentul unei plăgi în ce priveşte executarea pansamentului, indiferent de antisepticul întrebuinţat, se compune din două acte bine separate: curăţirea şi aplicarea agentului dezinfectant.

Curăţirea plăgii supurate se face la primul ca şi la toate pansamentele ce urmează prin îndepărtarea elementelor ce pot întreţine o supuraţie. Se ridică toate sfacelele sau resturile agentului traumatizant sau se deschid larg colecţiile purulente şi osteomielitele.

Curăţirea îngrijit executată lasă să-i urmeze, după cum am spus, aplicarea medicamentului ce îl credem necesar. Medicamentul pe care l-am întrebuinţat noi, a fost „untura de peşte" sub formă de Desitin. Am tratat astfel un număr de 124 de cazuri, atât în serviciul D-lui Dr. *St. N. Popescu*, cât şi în clientela noastră particulară.

Untura din ficatul de Gadus morhua a fost de foarte mult timp întrebuinţată în tratarea plăgilor supurate. Dl. Dr. *Vintilă M. Popovici* şi *Gh. Georgescu* arată într'o lucrare apărută la 15 Maiu 1936 în „România Medicală" că Pliniu semnalează întrebuinţarea unturei de peşte în vindecarea plăgilor. De altfel, popoarele nordice adică eschimoşii şi laponii, care o au la îndemână, au întrebuinţat şi întrebuinţează încă această substanţă în mod empiric şi cu rezultate bune.

Untura de peşte ca multe alte substanţe a avut o întrebuinţare foarte întinsă în mijlocul secolului trecut şi era dată per os în tratarea gutei, cariilor, scrofulozei, reumatismului şi rahitismului. Ori tocmai această întrebuinţare întinsă în tratarea unor boli aşa de osebite dovedeşte multe rezultate bune. Cei cari au ajutat mult la răspândirea ei, fără să-i cunoască conţinutul în vitamine A şi D şi fără să poată explica acţiunea ei vindecătoare sunt medicii englezi: *Kay, Percival* şi *Bardsley* (Vintilă Max Popovici, România Medicală 15/V/1935).

Aplicarea externă a unturii de peşte în tratarea plăgilor a fost făcută în epoca modernă de către *Brefeld* la 1837. El o întrebuinţa în plăgile membrelor, ganglionilor, oaselor şi în afecţiunile cronice ale pielei cu rezultate uneori bune, fără însă a cunoaşte acţiunea ei de vindecare.

Cel care s'a ocupat mai deaproape cu tratarea plăgilor prin untură de peşte, a fost *W. Löhr*. El arată că untura de peşte excită ţesuturile în întregime şi se adresează mai ales vieţii locale, producând un proces de regenerare. Legătura dintre viaţa locală şi procesul de regenerare este făcută de *Bier* citat de *Leriche* (Prof. *Iacobovici* Congres. chir. 1937), care arată că atunci când viaţa locală este distrusă, procesul de regenerare este împiedicat. Factorul care împiedică regenerarea este granulaţiunea, care umple cu ţesut conjuctiv pierderile de substanţă şi face imposibilă regenerarea epiteliului. In această privinţă Dl. Prof. *Iacobovici* arată necesitatea unei bune curăţiri a plăgii, căci numai aşa vom putea face posibilă o viaţă locală normală. El spune „dacă însă tegumentele sunt siderate şi se produce o distrucţie a ţesutului conjuctiv subcutanat, atunci procesul de cicatrizare e sau lent sau împiedicat". Cicatrizarea este împiedicată de numărul mare de elemente anatomice distruse, de imposibilitatea de a fi absorbite şi în plus se adaugă deseori infecţiuni exogene şi endogene cari distrug şi mai mult elementele vii. In toate aceste cazuri viaţa locală devine precară şi pentru a o putea normaliza trebue să îndepărtăm tot ce e distrus pentru a permite unităţilor vii să-şi reia funcţiunea.

Vitaminele A şi D au numai sub formă naturală o acţiune favorizantă în procesul de vindecare, căci un concentrat pur n'a dat rezultate (v. *Max Popovici*, România Medicală 15/V/1936, Dr. Stoian, P. Costescu, V. Ionescu Rom. Med. 1/X/1936).

Dr. *Copens* din Amsterdam şi *Drigalsky* din Berlin arată că untura de peşte mai lucrează şi prin halogenii: Brom, Clor, Iod şi acizii graşi saturaţi şi nesaturaţi care împiedică desvoltarea streptococului şi stafilococului (*Dziembowsky*, Congres Francez de chirurgie 1934).

Pentru a demonstra acţiunea bactericidă a unturii de peşte *Drigalsky* şi apoi *Copens* au pus în ea culturi de streptococ, de stafilococ şi colibacili. Aceste culturi au murit după 3—4 zile, lucru ce nu s'a întâmplat în vaselină, unde se pot cultiva microbi şi după 14 zile. Deci acţiunea unturii de peşte e complectă, ea lucrând prin componentele sale, adică cele două vitamine, acizii graşi şi un şir de metaloizi ca iodul, bromul şi clorul.

Untura de peşte are însă un mare neajuns prin aceia că degajă un miros neplăcut bolnavului şi mediului înconjurător. Desitinul, deşi are în compoziţia sa untură de peşte este lipsit în bună parte de mirosul neplăcut al acesteia.

In tratarea plăgilor supurate am întrebuinţat Desitinul sub trei forme: Molle, pomada (alb) şi pudră.

Desitinul Molle este o pomadă semilichidă de untură de peşte fără oxid de zinc şi fără talc, conţinând vitaminele A şi D împreună cu un complex organic format din acizi aminaţi, diastaze şi lipoizi. Vehiculul este format din apă, vaselină şi lanolină. Pe lângă acţiunea bactericidă deja amintită, Desitinul Molle se adresează şi procesului de refacere prin puterea mare de înmugurire, care o dă ţesuturilor.

Desitinul pomadă (alb) conţine untură de peşte, oxid de zinc şi talc. Aceste ultime substanţe au o acţiune sicativă şi favorizează epitelizarea. Componentele unturii de peşte deja amintite, vor lucra bineînţeles şi în această pomadă după modul arătat.

Desitin pudră se compune din untură de peşte, oxid de zinc, talc şi silice. Absoarbe secreţiunile, fără ca să se descompună, iar prin untura de peşte stimulează vitalitatea pielei şi se lipeşte pe ea, făcând scut contra secreţiilor.

Afecţiunile în care am întrebuinţat Desitinul sub cele trei forme au fost osebite. Pe cele 124 de cazuri am făcut următoarea împărţire:

1. Abcese, flegmoane, panariţii.
2. Răni de războiu (sequele).
3. Osteomielite cronice.
4. Pleurezii purulente.
5. Arsuri chimice şi fizice.
6. Plăgi diverse.

La prima grupă am procedat incizând larg colecţiunile purulente, făcând un pansament cu un antiseptic oarecare şi pansând zilnic, timp de 3 zile. A treia zi când procesul de infiltrare a început să cedeze am umplut cavitatea cu Desitin Molle, împrejur am dat cu cel alb sau cu pudră şi am schimbat la 5—6 zile. In momentul când cavitatea plăgii supurate s'a umplut cu ţesut nou format, am suprimat Desitinul Molle şi am aplicat peste tot numai pe cel alb. Din acest grup am avut 57 de cazuri toate cu rezultat bun, deoarece nu au fost necesare nici odată mai mult de 4—5 pansamente.

Obs. 1. — Bolnavul L. L. se prezintă cu un flegmon fesier căpătat în urma unei injecţiuni cu calciu. Se incizează, se pune o meşă, iar a doua zi se trece la pansament cu Desitin Molle. După trei pansamente, vindecarea.

Răni vechi din războiul trecut au fost tratate cu untură de peşte în 22 de cazuri.

Serviciul nostru are foarte des bolnavi, care vin cu aceste plăgi închise odată şi fistulizate după 3—15 ani. De cele mai multe ori e vorba de un glonte sau o schijă rămasă în ţesuturi, care provoacă un proces supurativ.

S'a procedat totdeauna la îndepărtarea corpului străin şi a traectului fistulos, iar după această primă curăţire s'a trecut la pansamentul cu Desitin.

Deschiderea larg făcută s'a umplut cu Desitin Molle şi s'a pansat cât mai rar, la 8—10 zile. Rezultatele bune sunt dovedite prin aceia că nici unul dintre cei 22 de bolnavi n'a mai revenit cu

fistule în serviciul nostru. Ţin să atrag atenţia că aceşti bolnavi fiind invalizi de războiu, au dreptul de a fi trataţi gratuit în spitalul Prof. *Dr. Cantacuzino.*

Obs. 2. — Invalidul O. Gh., vine în serviciu cu un glonte la nivelul extremităţii inferioare a femurului, glonte ce a dat naştere unei osteite cu abces subperiostal şi flegmon al gambei. Se incizează şi se drenează două zile. A treia zi se reintervine, se scoate glonţul şi se curăţă procesul de osteită. După această ultimă intervenţie se umple cavitatea cu Desitin Molle, care se schimbă la zece zile. După 3 pansamente, vindecarea.

Osteomielitele cronice, 14 la număr, s'au bucurat de următorul tratament: incizie şi îndepărtarea sechestrelor fără a face tracţiuni şi distrugeri prea mari, curăţirea cât mai îngrijită a cavităţii rămase după sechestru, umplerea ei cu Desitin Molle şi refacerea planurilor moi prin câteva fire de setolină. Nu am pus aparat gipsat, am imobilizat însă membrul inferior în gutieră. Pansament la 15 până la 18 zile.

Obs. 3. — Bolnavul B. R. vine din serviciul medical cu dignosticul de osteomielită cronică la nivelul extremităţii inferioare a radiusului drept. Se intervine şi se găseşte o cavitate de mărimea unei prune, având în mijloc un sequestru. Se curăţă plaga, se umple cu Desitin Molle şi se refac planurile. Două pansamente la 15 zile interval au adus vindecarea. Bolnavul revine în serviciu după un an cu un abces subperiostal la nivelul extremităţii superioare a femurului stâng. Aceiaşi tratare şi vindecare după 3 pansamente.

Am tratat în serviciul nostru un număr de 4 pleurezii purulente astfel: am intervenit printr'o costo-tomie, am pus dren şi am aplicat pansamente obişnuite timp de 2—3 săptămâni. După aceia am suprimat drenul (tub) şi am umplut cavitatea cu Desitin Molle. Primele pansamente au fost făcute la 6 zile interval, două la număr, apoi am reîmprospătat Desitinul la 10 zile. După 3—4 pansamente am căpătat în toate cele patru cazuri vindecarea perfectă.

Obs. 4. — Bolnavul N. I. vine din serviciul medical cu diagnostiaul de: pleurezie purulentă stângă du streptococ. Se face costotomia, se drenează cu tub şi se schimbă compresele în fiecare zi timp de două săptămâni. In acelaş timp se fac pe dren spălături cu o soluţie de Rivanol 1%. Se scot apoi tuburile şi se umple cavitatea cu Desitin Molle. La 20 zile vindecarea.

Arsurile ce am avut de tratat au fost de două naturi: chimice şi fizice. Arsurile chimice provenite din scurgerea lichidului pancreatic la suprafaţă, au fost pansate cu pudră de Desitin şi au cedat după 10 pudrări zilnice şi în cantitate mare, rămânând numai fistula pancreatică care şi-a căpătat apoi tratarea trebuincioasă.

Obs. 5. — Bolnavul N. G. vine de urgenţă în serviciu şi se pune diagnosticul de ulcer gastric perforat, la 10 ore dela perforaţie. Se intervine şi se găseşte o dublă penetraţie pe pancreas, una liberă şi alta cât un pod de palmă. Se face o rezecţie de stomac, se desinfectează şi se drenează ulceraţia depe pancreas (piesa prezentată la Soc. de Chirurgie). La 4 zile dela intervenţie apare o secreţie abundentă pe tubul de dren, secreţie care macerează pielea abdomenului pe o porţiune ce cuprinde epigastrul şi ambele flancuri. Se face pudrări cu cărbune animal, se încearcă pansamente cu Desitin alb şi nu se obţine nimic. Trecând la o pudrare zilnică şi abundentă cu Desitin pudră, se obţine o reducere treptată a ulceraţiei în 9 zile.

Al doilea grup de arsuri era format din cele fizice. Aci am osebit arsurile neinfectate şi cele infectate. Acestea din urmă le-am considerat ca pe orice plagă supurată şi le-am tratat ca atare. Am curăţit, apoi am pansat cu Desitin Molle unde aveam cavităţi şi cu alb unde plaga se întindea în suprafaţă. Desitinul Molle, în arsurile de suprafaţă dând naştere la o înmugurire însemnată împiedică epitelizarea, Desitinul alb în schimb este un medicament perfect în plăgile supurate superficiale. Arsurile neinfectate au fost tratate în mod deosebit. Am curăţat perfect suprafaţa suferindă, spălând-o cu apă şi săpun. La nevoie am adormit bolnavul (credem că e mult mai bine asa). Am dezinfectat cât mai amănunţit suprafaţa arsă cu alcool. Pansterină, Zefirol. Rivanol, etc. şi după aceia am pus pudră de Desitin în cantităţi mari, chiar foarte mari. Pe acest strat gros, am aşezat comprese, vată şi am tras fesi. Dacă secreţiile trec prin pansament se pune vată şi se mai trage un tur de fase, asa cum am făcut noi. Pansamentul a fost scos la 3 săptămâni si în toate cele trei cazuri am avut o vindecare bună. Arsuri tratate astfel, au fost 8 dintre care 2 chimice şi 6 fizice (3 supurate, 3 nu).

Ultimul grup este format din ceea-ce se cheamă plăgi diverse. Aci intră toate înţepăturile, împuşcăturile si muşcăturile cari ne-au venit şi care erau supurate. Le-am considerat ca pe nişte plăgi supurate şi am tratat 23 dintre ele cu Desitin. Si aci am făcut pansamente rare şi totdeauna am căpătat un rezultat satisfăcător.

In general Desitinul prezintă avantajul de a aduce o vindecare relativ rapidă, de a nu se lipi de plagă, deci de a nu întrerupe procesul de vindecare cu fiecare pansament şi ca ultim punct bun e lipsa lui de miros. Prin articolul de faţă nu facem decât să adăugăm cazurile noastre numărului de plăgi deja tratate astfel şi publicate în literatura românească. Deşi nu aducem ceva nou, totuşi bunele rezultate obţinute ne fac să relevăm poziţia câştigată pe drept de acest medicament.

Lucrare făcută în Serviciul chirurgical al Spitalului Prof. Dr. Cantacuzino-chirurg Primar Dr. St. N. Popescu.

BIBLIOGRAFII

Pratique Médico-Chirurgicale, publiée sous la direction de A. Couvelaire, A. Lemierre, Ch. Lenormant, Professeurs à la Faculte de Médecine de Paris Secrétairé Général *André Ravina* Deuxième Supplément (Tome X) *Masson et cie, éditeurs,— Paris 120, boulevard Saint-Germain.*

Un volum de 672 pag. cu 233 figuri £ 5.25.

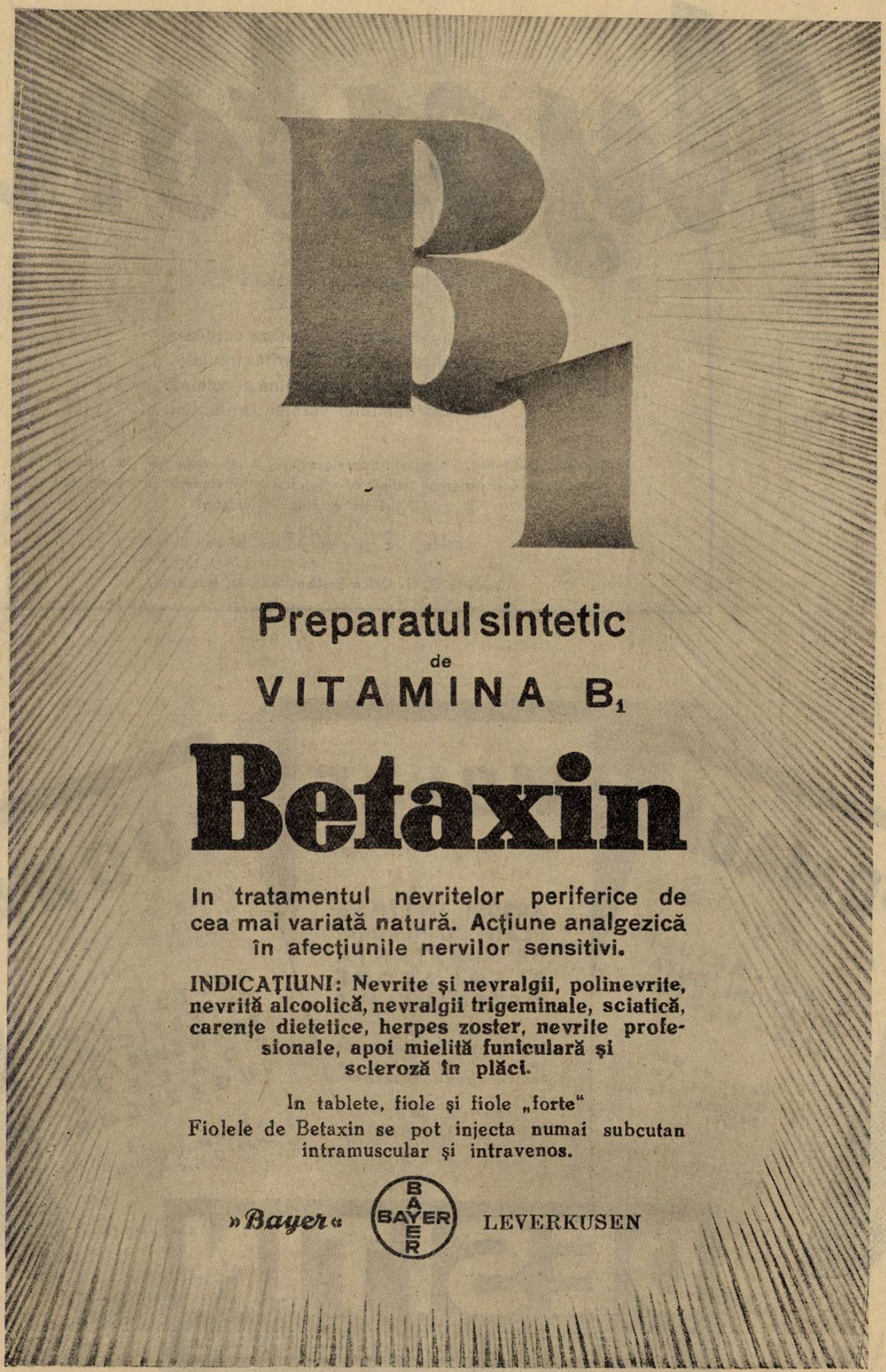
Cele opt volume ale publicaţiunei *Nouvelle pratique Médico-chirurgicale* au apărut în anul 1981.

Dela apariţia acestei lucrări a fost stabilit că suplimentele sale vor fi publicate regulat pentru a putea fi ţinute la punct şi complectate. Timp de mai mulţi nu s'a găsit materie de studiat pentru un volum complimentar. Concepţiunile teoretice evoluiază mai iute decât practica medicală şi chirurgicală, iar directorii acestei publicaţiuni nu au voit să facă să pară că fac ceva nou când nu era nimic de făcut.

Ei au aşteptat până în 1936 pentru a realiza primul din aceste *Suplimente* şi anul 1939 pentru a da la iveală al doilea supliment, care se adaogă la o operă încă vie şi complect adaptată nevoilor actuale.

Acest al doilea supliment care formează al X-lea volum al *Nouei practici chirurgicale,* comportă atât articole noui a căror utilitate este necontestată cât şi complimente la articolele vechi. Excepţional, câteva capitole au fost refăcute în întregime pentru a se putea introduce nouile date la locul lor într'o expunere sistematică.

Ca şi în celelalte volume, aceste articole sunt prezentate în ordinea alfabetică, dar o tabelă pusă în capul volumului indică articolele adiţionale, complimentele aduse articolelor vechi şi în fine articolele noui, substituite în întregime celor cari au fost precedent publicate.



Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86.

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică M A P.

Angina Pectorală. Scleroza coronară Infarct cardiac. Turburările circulației periferice. Abus de nicotină și cofeină. Mărirea debitului cardiac la bătrâni.

In angina pectorală: 20 injecții intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac și gangrena: zilnic 2 – 3 inj. 2 cc. Tratament de întreținere: 3 — 4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. și 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București.

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

MISIUNEA TINERETULUI MEDICAL

de Dr. MARIN ENĂCHESCU

Constatările pe care le facem înăuntrul profesiei noastre, conflictele latente dintre concepţiuni şi oameni, al căror ecou şi-au găsit loc mai ales în coloanele acestei reviste, arată limpede existenţa unei probleme a tineretului medical. In jurul acestei probleme, s'a emis părerea că defectuozitatea organizaţiei sanitare şi a învăţământului medical este cauza nemulţumirilor. După alţii această stare de lucruri este pricinuită de materialismul excesiv al zilelor noastre. Luând drept călăuză anumite idealuri de abnegaţie, de sacrificiu, relele de care suferim azi ar dispare. Insfârşit altă explicaţie a fost găsită în conflictul dintre generaţia celor tineri şi a celor mai în vârstă, lăsând să se înţeleagă că egoismul celor din urmă a mers până la sacrificarea generaţiei de tineri imediat următoare.

Discuţia urmată nu a eşit decât rareori din cadrul generalităţilor. Puţine soluţii aplicabile, cu sorţi de izbândă, au fost propuse.

Oricât s'ar părea de curios pentru oamenii de ştiinţă care sunt medicii ei nu folosesc decât rareori metoda ştiinţifică în căutarea celei mai bune organizări sanitare. Intervine, după obiceiurile noastre, factorul personal, factorul subiectiv care împiedică privirea în faţă, curajoasă a realităţilor.

Este aşa de înrădăcinat în moravuri factorul personal încât el întunecă de multe ori etica, fiind în acelaş timp duşman de moarte al metodelor ştiinţifice obiective.

Deşi anumite cruzimi vor fi inevitabile, să încercăm aplicarea metodei ştiinţifice la studiul problemei în discuţie.

Sănătatea publică la noi lasă de dorit. Este o realitate arătată de mortalitatea generală, mortalitatea infantilă, morbiditatea prin tuberculoză şi sifilis, malarie, pelagră, aşa cum rezultă din statistici. Pentru remediere sunt necesare mijloace băneşti şi personal technic medical.

Mijloacele băneşti sunt reduse din cauza împrejurărilor şi nu pot fi sporite nici acum, nici într'un viitor apropiat.

Suntem obligaţi să facem faţă cu ce avem, afară dacă nu se vor găsi mijloace extraordinare. Dotarea materială ideală fiind, nu este suficientă. Va trebui începută o educaţie temeinică a masselor din punct de vedere sanitar în şcoli, cazărmi, ateliere, pentru a nu se opune măsurilor de higienă, a le simţi necesitatea, dar mai ales trebue ridicat standardul de viaţă al maselor muncitoare ; să pornim, cu alte cuvinte, un războiu crâncen împotriva sărăciei.

Situaţia personalului medical provoacă cele mai multe nemulţumiri. Unele din aceste nemulţumiri se datoresc salarizării insuficiente. Armonizarea recentă a creat medicilor o situaţie nu numai nedreaptă dar şi umilitoare faţă de pregătirea lor şi de încadrarea altor categorii de profesionişti. Cei care erau obligaţi să împiedice acest tratament injust, au lipsit dela datoria lor, iar atitudinea medicilor, faţă de ei, este explicabilă.

Cauza principală a crizei medicale însă nu este nici insuficienţa mijloacelor materiale pentru echipamentul technic, nici salarizarea. Această cauză este în primul rând de ordin moral şi constă în utilizarea iraţională, nedreaptă, atât a mijloacele materiale cât şi a personalului medical.

Nu se ţine decât rareori seamă de pregătirea şi selecţionarea medicilor din serviciile publice de toate categoriile : Ministerul Sănătăţei, Asigurările Sociale, Căile ferate şi chiar Invăţământul medical.

Tineretul cu dorinţa lui firească de mai bine şi în unele privinţi mai bine pregătit, constată că nu i se îngăduie să aducă aportul de care este capabil la opera sanitară. Situatia unor persoane disproporţionată faţă de pregătirea lor anterioară, faţă de activitatea pe care o depun, este în văzul şi judecata tuturor. De aci provin, mai ales reactiunile celor tineri, aşa cum le cunoaştem.

Din nefericire, nu numai câteva persoane nu-şi merită locurile la care au venit pe uşa din dos, folosind mijloace certate nu numai cu spiritul de dreptate dar chiar şi cu morala cea mai puţin pretenţioasă. O bună parte din medici, mai în vârstă sau mai tineri, nu-şi datoresc locurile capacităţei lor profesionale şi numai ei. Cine nu ştie că numeroase posturi de medici, nu s'au creeat, mai ales în centrele importante, din necesităţi organice ale serviciilor ci pentru a fi ocupate de anumite persoane desemnate înainte ? Este firesc ca aceste anumite persoane, sprijinite de oameni politici, să nu corespundă totdeauna situaţiei date. Prietenia unui om politic, prietenia unei personalităţi, sau suportul unui partid poate conferi un bun aranjament material, nu şi o pregătire profesională serioasă.

Aceste obiceiuri, adânc înrădăcinate la noi, au dus, în cea mai mare parte, la criza în care ne sbatem. Ele nu s'au oprit în faţa nici unei Instituţii sanitare dela cel mai mic dispensar rural, până la Facultăţile de medicină, unde, în ultimii ani, înfiinţările de noui catedre şi numirile fără o studiere aprofundată a nevoilor didactice şi fără a se ţine seamă de calitatea solicitanţilor, devenise o regulă.

Faţă de aceste constatări tineretul medical nu a depăşit faza de nemulţumiri sau revoltă surdă. Insă cu aceste atitudini nu se sperie nimeni şi nu se îndreaptă nimic.

Sunt necesare soluţii şi soluţii radicale.

Pentru aceasta să se fixeze, în primul rând, atât în organizarea sanitară cât şi în recrutarea personalului, anumite principii, atât de rigide, ca să nu le mai poată călca nimeni oricât de personalitate ar fi. Aceste principii rezultate dintr'un studiu aprofundat al realităţilor de la noi să ţină seama atât de interesele generale ale sănătăţei publice cât şi de situaţia medicilor sprijinită pe evoluţia ştiinţei medicale şi idealurile lor profesionale.

Odată stabilite aceste principii, să constituiască un adevărat cod al medicinei şi apărat cu toată energia, prevăzând cele mai aspre sancţiuni pentru cei care le vor călca sau desconsidera.

Iată care sunt aceste principii.

Pentru organizarea serviciilor de asistenţă medicală: Unificarea efectivă sinceră şi centralizarea tuturor Instituţiunilor sanitare în jurul Ministerului Sănătăţii. Să se studieze cu toată seriozitatea nevoile şi mijloacele materiale ale acestor Instituţiuni. Aceste studii să nu fie plecate numai dela centru ; ele să fie opera fiecărui medic în sfera lui de activitate. Numai cel care lucrează pe teren îşi cunoaşte nevoile, lipsurile şi poate indica mijloacele de remediere. Reformele numeroase făcute la Centru nu au dat rezultate, nu au trăit, fiindcă nu s'a plecat şi nu s'a ţinut seamă, cu toată rigoarea, de realităţi.

Bugetele să fie separate pentru fiecare compartiment sanitar şi la dispoziţia conducătorului direct. Să se aplice principiul răspunderii efective, imixtiunea continuă a organelor centrale şi obligaţia de a se cere aprobări pentru activităţi curente, sunt dăunătoare bunului mers al Serviciilor şi jignitoare prin lipsa de încredere arătată faţă de medici. Se impune cât mai multă libertate de acţiune cu răspundere directă, efectivă.

Pentru înfiinţarea de noi servicii să se ţină seamă numai de nevoile de pe teren rezultate din rapoarte, statistici şi anchete. Stăruinţele din partea unor personalităţi medicale sau politice pentru înfiinţare de noi posturi sau

servicii, nesprijinite pe situaţii de fapt, să nu fie luate niciodată în seamă, fiind făcute pentru interese personale ignorând interesele superioare.

Angajările de cheltueli pentru lucrări noi trebue să ţină seamă de ansamblul problemelor pentru a fi raţionale şi a fi cu adevărat utile.

Procedeele de până acum, mai mult încurcă decât rezolvă diferitele probleme care se pun. Voi da numai două exemple.

Toată lumea cunoaşte pericolul social al Tuberculozei. Datoria Statului faţă de acest pericol, este în primul rând, de ordin profilactic. Profilaxia nu se poate face fără a se mări numărul de paturi destinate tuberculoşilor. Măsura puţin costisitoare şi care ar rezolva, în bună parte, problema ar fi destinarea unor anumite saloane sau clădirea de pavilioane pe lângă serviciile de medicină internă existente, unde bolnavii cu tuberculoză, se vor trata şi mai ales se vor împiedica noi contaminări.

In loc să se procedeze astfel, s'au construit Sanatorii de lux, de o capacitate fatal redusă şi cu toate milioanele cheltuite, pericolul Tuberculozei a rămas întreg.

Alt exemplu. In anul 1939, trecuta Direcţiune a Serviciului Sanitar al Capitalei, pentru a satisface dorinţa de asistenţă medicală în mediul rural a Ministrului de Sănătate de atunci a luat dispoziţia ca medicii specialişti din Bucureşti să meargă în Comunele suburbane pentru a da consultaţiuni populaţiunei respective. Intr o astfel de comună suburbană cu aproximativ 1000 locuitori se transportau, de 3 ori pe săptămână, pe lângă medicul de circumscripţie care avea consultaţiunile lui, un internist, un puericultor, un gynecolog, un specialist în boli venerice şi un otorino laringolog.

Populaţia, în parte angajată la o fabrică şi deci asigurată, se prezenta la medicul de circumscripţie cu care se obişnuise. Specialiştii aveau, din această cauză, o activitate aproape nulă. Medicul de boli interne, obligat să închidă de 3 ori pe săptămână, consultaţiile din Bucureşti, unde se consultau câte 20—30 bolnavi pe zi, *a dat, timp de 4 luni, 9 (a se citi nouă) consultaţiuni* în comuna suburbană. Socotind numai salariul medicului pe timpul jumătăţilor de lună respective, înseamnă că Statul a plătit, în cadrul acelei „ofensive sanitare", *peste 2000 lei pentru o consultaţie.* Faptele sunt riguros exacte şi ţin la dispoziţia cititorilor date şi nume autentice.

Recrutarea personalului medical. Toate vacanţele şi posturile noui înfiinţate să se publice. Ocuparea lor să se facă, în toate cazurile, numai prin concurs. Nu există alte mijloace mai bune de selecţionare. Interventionismul, protecţiile sunt defecte tehnice care se pot remedia.

Să se prevadă o cât mai largă publicitate pentru toate probele concursului şi sancţiuni pentru membrii din comisiuni care se lasă influenţaţi.

In situaţia actuală, mai cu seamă pentru centrale importante, vacanţele sunt puţin numeroase. Există însă un remediu : revizuirea tuturor numirilor anulându-se cele făcute ilegal. Chiar stabilitatea căpătată prin decrete ad-hoc să fie suprimată.

Regimul actual, cu pasionata lui dorinţă de dreptate şi cu libertatea de legiferare, poate realiza această reformă de adevărată salubritate publică.

Procedând astfel, nu se vor mai face plasamente lăturalnice de medici, care, deşi cu salarii de mizerie, duc o existenţă inutilă în centrele populate. Nevoile materiale şi dorinţa unei activităţi îi va îndrepta acolo unde pot găsi de lucru. Astfel, fără măsuri poliţiste, se va rezolva problema dificilă a lipsei de medici în mediul rural.

De ce tineretul nemulţumit nu a susţinut cu tărie până acum aceste reforme ? Din două motive cred : primul este neîncrederea în guvernanţii din trecut şi al doilea motiv, contaminarea de la moravurile înrădăcinate în viaţa noastră publică.

Primul gând al unui medic eşit de pe băncile Facultăţei este să caute un loc de salariat, pentru-că, în actualele împrejurări, o existenţă sprijinită numai pe clientelă nu este de conceput. Două căi îi stau deschise : prima este calea demnă a concursurilor, plină de greutăţi, de emoţii dar şi de mari satisfacţiuni ; a doua cale este cultivarea unor persoane influente, a unui partid politic, pentru a i se da un loc. Deobiceiu locul este găsit fie îndepărtând un alt medic cu protectorii în declin, fie creeind un post nou. Criza financiară şi economică din ultimii ani nu a mai îngăduit înfiinţarea continuă de posturi şi de aceea situaţia medicilor tineri este din ce în ce mai precară.

Are tineretul voinţa fermă să facă ordine în profesiunea medicală ? Atunci nu o poate realiza de cât părăsind pentru totdeauna obiceiurile care duc la un cerc vicios degradant. Lupta împotriva celor mai în vârstă este legitimă atât timp cât li se cere intrarea în spiritul dreptăţii pentru toţi.

Tinereţea, s'a mai spus, nu conferă nici un drept prin ea însăşi. Ea se impune prin calităţile nu prin defectele ei, chiar dacă invoacă slaba scuză, că le învaţă de la unii bătrâni.

Imbunătăţirea moravurilor, suprimarea plasamentelor ilegale, nedemne, aşezarea muncei, a meritului, a probităţei profesionale la temelia oricărei existenţe medicale, iată ce au tinerii dreptul să ceară cu toată energia.

In Invăţământ să se pretindă revizuirea numirilor şi a activităţei didactice. Catedrele şi Institutele Universitare să devină ceeace pretind legile, adevărate Instituţiuni publice controlabile.

Este adevărat că aproape toate locurile de agregaţi, conferenţiari, şefi de lucrări, asistenţi, preparatori sunt blocate. Deblocarea însă este posibilă.

Numirile să se facă pentru un număr limitat de ani nu mai mic de 5 sau mai mare de 7. După expirarea anilor respectivi agregaţii şi conferenţiarii nu vor mai păstra locurile bugetare. Li se va da însă titlul de profesor extraordinar, rămânând în Invăţământ cu dreptul de a lucra în Clinicile sau Laboratoarele de specialitate şi de a se prezenta pentru ocuparea catedrelor vacante. Titlul de profesor extraordinar este obişnuit în Germania si nu a scăzut cu nimic prestigiul medicinei germane. Opozitia faţă de această titulatură, care a mai fost propusă, ca şi desfiinţarea docenţei, au fost regretabile erori ale legiuitorilor de altă dată.

Restul personalului ajutător numit pe bază de concurs, după 5—7 ani, să fie obligat să treacă un examen sever, nu numai cu profesorul respectiv ci în faţa unei comisiuni de 5 profesori sau agregaţi. Probele vor fi publice şi vor consta din chestiuni în legătură cu specialitatea respectivă şi chestiuni din materii înrudite.

Se va ţine seamă deasemenea de exactitatea în îndeplinirea obligaţiunilor, de activitatea didactică, de titluri şi lucrări. In aprecierea cercetărilor ştiinţifice să se ia în considerare originalitatea şi munca cerută de lucrări, nicidecum numărul de pagini sau dimensiunile volumelor mai mult sau mai puţin compfilate. Numai cei care vor dovedi o instrucţie temeinică şi originalitate în cercetări, să fie prelungiţi pe o nouă perioadă şi o singură dată.

Elementele înzestrate şi bine pregătite, având deblocate treptele superioare în învăţământ, le vor cuceri, cu o condiţie, să dispară favoritismul şi prieteniile rău înţelese.

In acest fel se vor libera locurile

pentru începători. Dintre aceştia vor bate la uşa Universităţii numai elementele de elită, hotărîte să-şi cucerească situaţiile prin meritele şi activitatea lor.

Cei obişnuiţi să-şi caute sprijin lăturalnic, cei care acum încurcă şi compromit atmosfera în Facultăţi, vor evita cu grije lumina vie a probelor publice spre a nu le demasca lipsa de pregătire.

Medicii Eforiei, cu foarte rari excepţii, se bucură de mare prestigiu numai graţie concursurilor trecute, care i-au selecţionat.

Nevoia de armonie între profesori şi personalul ajutător invocată când se concede celor dintâiu dreptul absolut de a numi pe cine doresc, se poate realiza foarte bine cu tinerii selecţionaţi prin concurs.

Nu se poate concepe un medic care să se prezinte la un concurs dificil, de asistent, să zicem, fără dorinţa vie de a satisface, din toate puterile lui, obligaţiile didactice şi ştiinţifice.

Este adevărat că un asistent recrutat prin muncă şi merite proprii, poate avea sentimentul demnităţei personale mult mai desvoltat. Dacă adăogăm pregătirea temeinică pe care o dă prepararea concursurilor şi indepenţa spirituală pe care o asigură, vom găsi noui argumente temei pe care o susţinem.

Selecţionarea este indispensabilă pentru a întemeia şi a mări prestigiul acelei minunate familii universitare care se chiamă „şcoală".

Se cunosc între slujitorii catedrelor atâţia care sunt mândri de «şcoala» lor şi caută cu pasiune colaboratori cât mai înzestraţi. Din păcate nu toţi au aceste nobile ambiţii şi nici libertatea socială de a le realiza. In ziua când vor avea aceste ambiţii, vor fi cei dintâi care să ceară selecţionarea. Până atunci este datoria tineretului să ducă şi această luptă pentru a se impune în Invăţământul superior elementele cele mai bune şi transforma rea atmosferei actuale într'una cu adevărat academică.

Oricât de grele şi de numeroase ar fi ţelurile urmărite de tineret, dacă în lupta pe care o duce va fi ales armele cele mai potrivite, armele muncii, ale meritului, va învinge. Avantgarda acestui tineret, astfel înarmat, nu se va lăsa ademenită de nici o promisiune, de nici o ispită, de nici un aranjament personal. Fiecare medic datorind situaţia însuşirilor personale, activităţii lui, îşi va face din ele temelia existenţei. Nu va mai alerga după nici o personalitate influentă, fiindcă nu se poate concepe un om sănătos la minte să schimbe o situaţie realizată organic, ocrotită de legi, de o etică superioară, cu o alta de inferioritate, dependentă faţă de alţii sau de mersul capricios al evenimentelor.

Pe aceste temelii şi în aşa spirit trebue să construiască tineretul casa revendicărilor lui. In această casă, deschisă, curată, luminoasă, respectată, vor veni fără nici o îndoială mulţi, foarte mulţi, dintre bătrâni.

Cine nu cunoaşte în Invăţământul şi profesia medicală minunate exemplare de oameni sub raportul caracterului, moralităţei şi pregătirei. Tineretul 1) nu poate fi nedrept cu acei care l-au instruit şi au muncit să le facă şcolile, laboratoarele, clinicile, bibliotecile în care s'au format. Să se măsoare, cu oricât spirit critic, dar cu dreptate, drumul străbătut, în mai puţin de o sută de ani, dela prima şcoală de medicină a lui Davilla. Se va vedea că bătrânii care au fost şi mulţi din cei care mai sunt, au meritele lor în progresele realizate şi de care istoria va ţine seamă. Cine a trecut hotarele şi cercetează organizarea Invăţământului sau Instituţiilor spitaliceşti străine, se întoarce reconfortat, la noi acasă, văzând că, în multe privinţi, suntem în pas cu popoare de foarte veche cultură.

Să nu se uite iarăş mândria îndreptăţită pe care o simte oricine are iubire de Neamul lui, atunci când descopere atâtea nume româneşti în paginile de manuale clasice cu circulaţie mondială.

Toate acestea nu trebue să fie trecute cu vederea, pentru a nu jigni simţul de dreptate şi spre realizarea temeinică, armonioasă, a reformelor necesare prin colaborarea tuturor competinţelor pe care le avem.

Iată cadrul, impus de o analiză rece a realităţilor, în care tineretul îşi poate îndeplini misiunea.

Luând ca îndreptar aceste realităţi ale profesiei noastre se va face operă durabilă, care va rezista timpului şi împrejurărilor.

Mergând însă pe drumurile de până acum, fără o radicală schimbare de moravuri şi metode, tinerii de azi vor ajunge curând sub raportul material şi moral, în locul bătrânilor.

Autorul acestor rânduri nu este dintre bătrâni.

BIBLIOGRAFII

Albert Calmette. Sa vie Son oeuvre scientifique, par **Noel Bernard** et **Lèopold Nègre.** Préface de Pasteur Vallery-Radot. Avant propos de A. Yersin. *Masson et C-ie éditeurs.* Un volum de 272 pagini cu o planşe 1 dollar 15.

Publicarea acestei lucrări răspunde dorinţei discipolilor, prietenilor, admiratorilor din Franţa şi străinătate ai lui Albert Calmette.

Viaţa sa reprezintă unul dintre cele mai strălucite exemple ce se pot da tinerimei în momentul alegerei carierei, un învăţământ pentru educatorii cari au misiunea să-i conducă în orientarea aptitudinei lor.

In prima parte, autorii au reţinut tot ceiace era de natură să facă cunoscut omul, desvoltarea concepţiunilor şi realizărilor sale, dificultăţile pe cari le-a învins.

A doua parte a broşurei este consacrată operei sale ştiinţifice: studiul veninurilor, al seroterapiei antivenimoase, etc., atât pe tărâmul pur ştiinţific cât şi pe cel social.

Cercetărilor asupra tuberculozei, cari au durat aproape 30 ani şi cari au marcat punctul culminant al carierei sale, autorii le-au expus cu toate amănuntele.

Manuel de psychothérapie pratique par A. Austregesilo. Professeur de clinique neurologique a l'Université du Bresil Membre l'académie de médecine de Paris. *Masson et C-ie éditeurs.* Un volum de 208 pagini . . . . . $ 1, 5.

Doctrina dominantă printre psihologii contemporani, este că în formaţiunea sufletului intră două părţi fundamentale: conştientul, sau eul superior exercitând voinţa, coprinzând în întregime raţiunea şi subconştientul, mai întins, mai puţin supus prerogativelor voinţei, sursa imaginaţiei, a emoţiei, a fanteziilor sentimentelor.

Conştientul şi subconştientul pot fi sau nu de acord; în primul caz dă armonia gândirei, echilibrul sufletului, sănătatea spiritului; în al doilea, instabilitatea caracterului, stării patologice ale emoţiilor sau ale spiritului, o serie întreagă de desechilibruri morale şi psihice.

Astfel psihoterapeuţii s'au împărţit in două şcoli : acei cari sfătuesc îngrijirea eului superior şi cei cari cred că cultura inconştientului este mai importantă. Prin procedeul hipnotismului sau prin practica auto-sugestiunei.

Medicii pot ameliora starea humorală, să ridice slăbiciunea organică prin întrebuinţarea judicioasă de medicamente sau agenţi fizici, dar ştiu că numai adjuvantele psihoterapiei permit ameliorarea tendinţelor emotive, intelectuale sau morale.

Deschiderea cursurilor la Facultatea de medicină din București

Cuvântarea d-lui Profesor Dr. P. Tomescu

Decanul Facultăţei de medicină

Deschiderea cursurilor la Facultatea de Medicină din București, s'a făcut printr'o impresionantă solemnitate Luni 4 Noembrie.

In afară de festivitatea deschiderei cursurilor, făcută la Universitate, în ziua de 1 Noembrie,— studenții în medicină și corpul didactic al Facultății, — au ținut să înceapă activitatea acestui an nou și sub un regim nou, — printr'o reuniune cordială ținută în localul Facultății de medicină.

Inainte de deschiderea ședinței solemne, conducătorii studențimei medicinișle și membrii comitetelor lor, au ținut să se prezinte Decanului Facultății pentru a sublinia astfel, începutul unei colaborări strânse între profesori și studenți.

Comitetele au în fruntea lor pe D-nii D-rand Voinescu, președinte al societății studenților în medicină, și D-rand Mușețeanu, președinte al asociației internilor.

In vederea ședinței festive de deschidere a cursurilor, Amfiteatrul cel mare al Facultăților de medicină a fost frumos pavoazat.

Un panou verde, cu gardul de fier, susține chipul Căpitanului, în josul căruia sunt înfipte cinci coroniţe verzi de brad, pentru morții medicinişti ai legiunei.

La solemnitate au asistat profesorii Facultății, numeroși medici membri ai corpului didactic și studenții în medicină din toți anii de studii.

Ministerul Sănătății a fost reprezentat prin d. Dr. Alex. Popovici, secretar general, și Eforia spitalelor civile prin d. Efor Dr. Claudian.

O gardă de onoare poartă drapelul istoricei Societăți a studenților în medicină.

Foarte mulți participanți, dintre medici și studenți, purtau cămașa verde legionară.

Serbarea a început printr'un serviciu divin, oficiat de preotul Mihăilescu dela Biserica Gorgani.

S'a făcut apoi de către președintele Studenților apelul morților legionari medici și studenți :

Profesor Dr. D. Gerota,

Dr. Paul Craja,

Cezar Popescu,

Mircea Teohari,

Ion Stancu,

Filip Apostolescu.

Asistența a întonat într'o atmosferă de multă pietate, impresionantul imn al legionarilor căzuți.

Stimați colegi și Iubiți studenți,

Deschizând cursurile noastre pentru prima oară, în Statul legionar, țin să fac o constatare și o mărturisire.

Drama națională atât de dureroasă, pe care am trăit-o în ultimele luni, a fost generatoarea unui forme noui de viață, pe care cugetarea și jertfele legionare au creat-o.

Biruința politică a legiunei trebue urmată de biruința socială și de cea națională.

Cu toții credem în această biruință și suntem datori să o pregătim.

Pe plan social, medicina românească are un rol imens.

Țara are nevoe de câteva mii de medici pe cari trebue să-i formăm, cât mai temeinic.

De aceia, noi profesorii, ne legăm astăzi, în fața voastră, — medici și studenți, — la o muncă mai intensă, mai sistematică și mai unitară, decât în trecut.

Ne legăm, iubiți studenți, să vă dăm o pregătire medicală solidă, la nivelul sentimentelor voastre patriotice, pentru ca astfel, să puteți aduce țării, — biruința socială și națională, — în care sperăm.

Pentru înfăptuirea acestor două idealuri trebue să fiți buni români și medici buni.

Instinctele voastre naționale și educația voastră legionară, fac din voi — buni români.

Noi vom face din voi, — medici buni, bizuindu-ne pe puterea voastră de muncă și pe devotamentul vostru necondiționat — pentru școală și pentru știință.

Un aspect al Amfiteatrului Facultăţei în timpul solemnităţei

In acest spirit nou, de deplină înțelegere și de frățească iubire, deschidem cursurile Facultății de medicină.

Cuvântarea conducătorului studenţilor în medicină.

In numele studenților medicinişti, a vorbit d. d-rand Voinescu, spunând următoarele :

Camarazi,

Nu vom putea cinsti altfel memoria camarazilor noștri căzuți pentru Legiune, decât mergând pe drumul de muncă, de corectitudine, de onoare și jertfă pe care ni l-au arătat ei.

Trăiască legiunea și Căpitanul.

Solemnitatea s'a încheiat într'o atmosferă înălțătoare prin imnul «Sfânta tinerețe legionară» cântat de studenții în medicină.

NOU!

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Astenie psihică, Nervozitate, Insomnie Neurastenie, Anxietate

CEREBROSAN

sirop

Valeriană
Barbiturice
Brom
Calciu
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Mostre şi literatură prin:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

Pentru sustinerea sarcinei

Flavolutan

corp galben disolvat în uleiul germenului de grâu

Conţine deci şi vitamina E. Deceeia acţiune mărită a progesteronului asociat cu vitamina în tratamentul avortului habitual şi iminent.

Alte indicaţiuni: sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă.
Hemoragii (hiperplasii glandulare cistice, juvenile şi climacterice)
Forme de prezentare: Fiole cu 2 şi 5 mg (2 şi 5 U. I.)

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. — **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel — Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum — Angină strepto-difterică — Pleurezie purulentă.

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloză — Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 — 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 — 12 ani:	3 — 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 — 5 ani:	1 — 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 — 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Adaptarea învăţământului superior la structura statului naţional legionar

Revizuirea situaţiei tuturor membrilor corpului didactic şi ajutor din învăţământul superior

D. General Ion Antonescu, Conducătorul Statului Român şi preşedintele Consiliului de miniştri a semnat următorul decret lege :

Având în vedere raportul domnului ministru secretar de Stat la departamentul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor cu Nr. 204461/1940 ;

In baza dispoziţiunilor decretelor-legi Nr. 3052 din 5 Septembrie şi Nr. 3072 din 7 Septembrie 1940 ;

AM DECRETAT ŞI DECRETAM

DECRET-LEGE

Pentru adaptarea învăţământului superior la structura statului naţional legionar.

ART. 1. Ministerul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor este autorizat să revizuiască situaţia tuturor membrilor Corpului didactic şi ajutător din învăţământul superior.

Ministerul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor în vederea revizuirii va numi :

a) O comisiune pentru Universităţi, compusă din câte doi profesori universitari reprezentanţi ai facultăţii de Litere, Drept, Medicină, şi Ştiinţe şi câte un singur reprezentant pentru celelalte Facultăţi, afară de cele prevăzute la punctul b.

b) O comisiune sau mai multe, pentru şcolile speciale, compusă din câte doi profesori pentru fiecare gen de facultate a Politehnicelor şi câte unul pentru celelalte şcoli speciale.

Secretarul general al ministerului Educaţiei Naţionale şi directorul învăţământului superior sunt membri de drept ai acestor comisiuni.

Preşedintele fiecărei comisiuni va fi numit de minister dintre membrii comisiunii.

Fiecare comisiune va avea câte un secretar general desemnat de ministru dintre funcţionarii ministerului Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor.

ART. 3. — Comisiunea va cerceta :

a) Legalitatea numirii în învăţământ ;

b) Activitatea ştiinţifică ;

c) Activitatea didactică ;

d) Activitatea publică ;

e) Ţinuta morală.

Comisiunea va putea cere, asupra activităţii stiinţifice, referate dela specialişti. Va ţine seamă numai de reclamaţiunile semnate cu răspundere şi va putea audia martori.

Cei interesaţi pot prezenta contra referate sau memorii şi pot fi chemaţi să dea lămuriri verbale.

ART. 4. — Comisiunea va hotărî pentru fiecare caz, ţinând seamă de întreaga activitate a celui revizuit.

ART. 5. —Comisiunea va propune următoarele măsuri :

a) Menţinerea în învăţământ în situaţia în care se află ;

b) Incadrarea la altă catedră sau altă instituţie similară, indiferent de localitate ;

c) Menţinerea în învăţăm.nt condiţionată de adaptarea în termen de doi ani, în spiritul Inaltului Decret No. 3151/940.

d) Utilizarea în institute ştiinţifice fără drept a mai funcţiona în învăţământ ;

e) Utilizarea la alte instituţii de Stat;

f) Pensionarea la minimum 20 de ani de serviciu la Stat, cu reţineri pentru pensii ;

g) Destituirea din învăţământ ;

h) Trimiterea în faţa justiţiei.

ART. 6. — Hotărîrile comisiunii se iau cu majoritatea absolută şi vor fi motivate.

Ele rămân definitive după ce ministerul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor le va supune Preşedintelui Consiliului de miniştri, care împreună cu Vice-Preşedintele vor decide în ultimă instanţă.

Pe baza hotărîrii definitive ministrul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor va întocmi decretul pentru fiecare categorie în parte.

ART. 7. — Catedrele şi conferinţele aflate vacante la data publicării prezentului decret lege precum şi acele care vor deveni vacante până la 30 Decembrie 1940, se vor ocupa după cum urmează :

a) Prin numirea celor reuşiţi la concursurile ţinute după data de 8 Februarie 1939 şi desăvârşite până la data de 10 Iulie 1940, la posturi pentru care au candidat, numai cu avizul favorabil al comisiunii prevăzute de art. 2 ;

b) Prin încadrarea din oficiu de către ministerul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor a membrilor Corpului didactic care dublează pe titulari, la catedrele sau conferinţele de specialitatea lor, vacante în orice localitate. Personalul ajutător va urma pe profesor.

c) Prin numire de titular pe baza de concurs ştiinţific.

Concursul se va trece în faţa unei comisiuni compusă din decanul Facultăţii sau directorul şcoalei speciale unde se află vacanţa, ca preşedinte şi din trei profesori de specialitatea respectivă sau de specialitate înrudită, numiţi de ministerul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor.

Comisiunea va cerceta valoarea activităţii şi lucrărilor candidaţilor şi va decide prin vot scris şi motivat. Preşedintele comisiunii va conduce desbaterile şi va supraveghea îndeplinirea formelor.

Vacanţele se vor publica de către minister în Monitorul Oficial.

Candidaţii cari întrunesc condiţiile de studii şi titluri ştiinţifice cerute de dispoziţiunile legilor referitoare la învăţământul superior în vigoare, vor înainta la minister cererile lor însoţite de diplome şi lucrări în termen de 15 zile libere dela data publicaţiei.

Comisiunea va examina titlurile şi activitatea ştiinţifică a fiecărui candidat şi va face ministerului propuneri motivate, pe baza deciziei luate, ţinând seama de prevederile art. 3 lit. b, c, d şi e din decretul-lege de faţă. Propunerile trebuesc înaintate, în termen de 15 zile dela constituirea comisiei.

Dacă ministerul îşi însuşeşte propunerea, va dispune întocmirea decretului de numire.

Odată cu decretul se va publica în Monitorul Oficial şi propunerea comisiunii.

ART. 8. — Până la ocuparea cu titulari a catedrelor şi conferinţelor vacante ,ministerul va detaşa, din oficiu, în vederea suplinirii, pe orice conferenţiar sau membru al Corpului didactic ajutător din specialitate respectivă dela orice Facultate sau şcoală specială.

Suplinitorii pot fi numiţi de minister pe baza recomandării consiliului profesoral al facultăţii sau şcolii respective şi dintre persoanele care îndeplinesc condiţiile de studii şi lucrări cerute de legile în vigoare, pentru ocuparea postului respectiv, fără să fie membri ai învăţământului superior.

ART. 9 — Personalul didactic ajutător se numeşte tot prin concurs ştiinţific, trecut în faţa unei comisiuni compusă din profesorul titular al catedrei şi doi membri ai corpului didactic universitar, numiţi de minister. Procedura a aceiaşi ca la art. 7 al. c. şi următoarele.

ART. 10. — Revizuirile prevăzute în prezentul Decret-Lege vor fi efectuate cel mai târziu până la 20 Decembrie 1940, dată până la care vor trebui supuse spre aprobare Conducătorului Statului.

ART. 11. — Toate dispoziţiunile contrarii Decretului-Lege de faţă sunt şi rămân abrogate.

Dată în Bucureşti, la 31 Octombrie 1940.

Nr. 3670.

Întemeierea „Uzinelor Sanitare Paulescu-Gerota-Şumuleanu"

Actuala conducere a Colegiului Medicilor din România a lansat următorul Apel:

Către medicii români creştini,

Închegaţi într'o nouă armată am pornit să câştigăm bătălia sănătăţii poporului românesc. Dar pentru a câştiga bătălia sănătăţii trebue mai întâi să câştigăm bătălia medicamentului, adică să avem în toată ţara medicament suficient şi ieftin.

Pentru realizarea acestui prim obiectiv ne-am gândit la toate formele posibile. Instituţia de Stat omoară creaţia atât de necesară. Societatea anonimă capitalistă nu poate fi altruistă. Astfel, am ajuns la formula Societăţei Cooperative cu subsecţii autonome, dar toate strânse sub o comandă unitară.

Obiectivul societăţei noastre cooperative este să organizeze o instituţie românească de producţie şi comerţ al întregului material sanitar sub toate formele lui. Prin această instituţie ţara — colectivitatea să obţie un medicament distribuit fără profit în masele ţărăneşti sărace şi să promoveze prin investiţii de laborator o ştiinţă terapeutică modernă.

Numele este: „Uzinele Sanitare *Paulescu-Gerota-Şumuleanu*", aceasta în semn de pioasă recunoştinţă, cât şi ca legământ de a atinge în sectorul tehnic al materialului sanitar desăvârşirea lăsată ca model de cei trei iluştri înaintaşi.

Forma este: „*Societate cooperativă*" — în cadrul Intitutului Naţional al Cooperaţiei. Se subscriu acţiuni numite părţi sociale în valoare una de 10.000 lei plus o mică taxă de înscriere de 1.000 lei. Vărsământul se face integral la început. Pentru a împiedica o camuflare a intereselor sau metodelor capitaliste de exploatare individualistă nimeni n'are dreptul de a subscrie mai mult de 100 părţi sociale — adică un milion lei. Pot subscrie nu numai particularii dar şi instituţii de sub controlul Statului.

Sediul este: temporar la Colegiul Medicilor, la AGIR, str. Romană 8. Aici se primesc subscrierile de părţi sociale sub iscălitură proprie în Statutele de fundaţie ale cooperativei. Subscrierea mai continuă încă câteva zile şi apoi se va închide. Rentabilitatea capitalului subscris va merge crescând în ritm cu progresul instituţiei.

Încercăm să strângem în sânul acestui prim nucleu de iniţiativă şi creaţie toate competenţele tehnice şi toate forţele constructive pe care le-a născut în acest domeniu geniul românesc.

Neşovăitori în hotărîrea noastră, ne asvârlim în această bătălie cu convingerea împlinirii unei necesare datorii faţă de colectivitatea naţională, şi cu sentimentul că dacă şi în această ultimă ocazie, totuşi, cu tot elanul nostru, nu vom reuşi, atunci pentru totdeauna românii urmează să renunţe la acest vital capitol.

Prin prezentele rânduri adresăm un călduros apel către toţi medicii etnici români — dar buni români, de pe întreg întinsul ţării, să intre ca membrii în Cooperativa noastră şi să se rânduiască alături de efortul nostru.

Primind aceste rânduri, rugăm pe medicii români să-şi facă un conştiincios examen de conştiinţă şi să înţeleagă că omul cel mai evoluat are şi cele mai multe datorii faţă de colectivitate.

Şi mai ales să se gândească asupra următoarelor:

1. O ţară mândră în independenţa ei nu poate absenta dela organizarea materialului sanitar în mâini şi scopuri naţionale. Aceasta atât în timp de război, cât şi în timp de pace, îndeosebi pentru un popor ca al nostru care numai prin vitalitate rasială mai poate să se afirme în concurenţa din ce în ce mai aspră dintre neamuri.

2. Ne străduim pentru o colaborare totală cu marea noastră aliată Germania nouă. Puternica şi neîntrecuta industrie medico-farmaceutică germană doreşte să colaboreze direct cu poporul consumator românesc. Este firesc ca noi să răspundem pentrucă ştiinţa şi industria germană este în continuă creaţie şi atât de iute evoluiază, încât tot timpul ne vom găsi în urma ei. Dar industria germană n'are cu cine trata în România, care să inspire totală încredere şi să reprezinte întreaga colectivitate românească. Deaceea noi trebuie să ne organizăm, iar un legitim sentiment de onoare ne constrânge să ne autoorganizăm spre a putea asigura această colaborare germano-română pe bază exclusivă de cinste şi încredere reciprocă.

Camarazii medici, medicii prieteni şi în genere toţi bunii români să aibe viu în faţa lor exemplul atâtor luptători care şi-au jertfit nu libertatea — ci viaţa pentru binele şi mai binele colectivităţii româneşt.

Astăzi când în puţine săptămâni se decide soarta economică a Patriei şi când o ţară atât de bogată în materii prime ca a noastră trebuie să-şi apere drepturile, nimeni n'are libertatea să-şi precupeţească aportul şi are datoria să-l dea nu din prisos ci din puţinul necesar.

A sunat marele ceas când indiferenţa burgheză şi retragerea tihnită trebuie să facă loc unei curagioase afirmări în bătălia pornită de colectivitate.

Încheind apelul nostru, aşteptăm colaborarea băneacă, tehnică şi mai ales sufletească în măsura în care corpul medical român şi-a însuşit conştiinţa totalitară în colectivitate şi în măsura în care fiecare se simte capabil de a se integra ritmului înaintător şi constructiv de astăzi al Patriei comune.

TRAIASCĂ LEGIUNEA
ŞI CĂPITANUL

Comisia interimară a Colegiului Medicilor:

Dr. *N. Stoichiţă*, Conferenţiar universitar.

Dr. *Mircea Popovici Lupa*, Medic primar.

Dr. *Dumitru Lăzărescu*, Şef de lucrări.

Dr. *Vasile Steopoe*, Asisent universitar.

Dr. *Şerban Milcoveanu*, Asistent universitar.

Secretar general al Colegiului Medicilor, Dr. *Laurenţiu Vereş*.

8 Noemvrie 1940, în ziua Sfântului Arhanghel Mihail.

Comisiile de conducere ale secţiunilor judeţene ale Colegiului medicilor

In urma propunerilor secţiunei sanitare a Mişcării Legionare în colaborare cu prefecţii de judeţe şi şefii de organizaţiuni a Mişcării Legionare a întocmit Comisiunile de conducere ale secţiunilor judeţene ale Colegiului medicilor care au fost aprobate de ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale:

Colegiul Alba: dr. Grinţea Teodor, dr. Voicu Ioan, dr. Balaşu Teodor.

Colegiul Arad: dr. Zeana Dumitru, dr. Moldovanul Ioan, dr. Tucudean Florian, dr. Romald Cătoiu, dr. Băltoiu Traian.

Colegiul Argeş: dr. Gh. Rădulescu, dr. Horia Danilevici, dr. Valeriu Arsene.

Colegiul Bacău: dr. Patraşcanu V., dr. Serbu Haralambie, dr. Emil Nicolau.

Colegiul Baia: dr. Zaharia Nicolae, dr. Băncescu C-tin, dr. Dabija Mircea.

Colegiul Braşov: dr. Vasile Dogaru, dr. Octavian Sonea, dr. Iosif Schaeser, dr. Tiberiu Badea, dr. Ioan Soiu.

Colegiul Brăila: dr. Doniga Ion, dr. Robitu Nicolae, dr. Ionescu Traian, dr. Dimitriu Victor, dr. Tătoiu Ion.

Colegiul Botoşani: dr. Marcel E. Drăgan, dr. Mihai Murgu, dr. Chirgan Alexandru.

Colegiul Buzău: dr. Adrian Petrescu, dr. Ioniţă Pompiliu, dr. Vicol Ion.

Colegiul C. Lung (Bucovina): dr. Mălinaş Iuliu, dr. Vlad Mihai, dr. Grămadă Constantin.

Colegiul Caraş: dr. Mangiuca Ion, dr. Mora Ion, dr. Popescu Nicolae.

Colegiul Constanţa: dr. Encica Anghel, dr. Justin Mircea, dr. Ionaş Ata-

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID
DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON
DR. WANDER
Sirop

IN TUBERCULOZA
BRONŞITE, GRIPA

O nouă sare a CODEINEI

CODELUM DR. WANDER

Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM FORTE

Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

Intruneşte proprietăţile farmacologice ale Codeinei şi Acidului feniletilbarbituric cu efect potenţat

---

Mostre şi literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

ZEISS
ULTRAPHOT

Noul aparat universal pentru toate metodele de cercetări microscopice şi microfotografice.

De construcţia cea mai perfecţionată pentru ştiinţă şi practică.

Observare monoculară şi binoculară / fotografia / cinematografia / proiecţiune / desenatul prin proiecţie / toate sistemele de luminare / măririle dela cele mai slabe până la cele mai puternice.

CARL ZEISS JENA

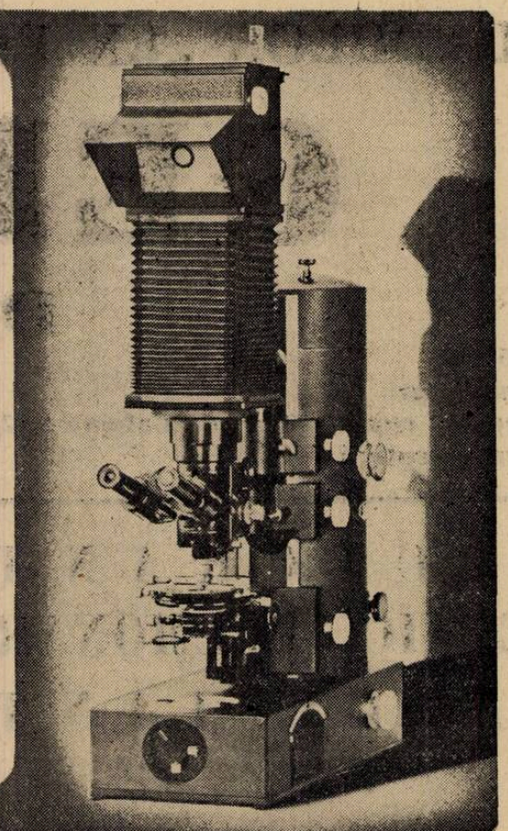
Cataloage şi informaţiuni gratuit dela casa

CARL ZEISS / JENA

sau reprezentanţa generală pentru România:

Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import

fost Otto & Alfred Herzog, Bucureşti I, Bul. Carol I, 48



Epuizări funcţionale şi stări de hiperexcitabilitate

Insomnie Depresiuni Turburări vaso-motorii

CALCIBRONAT

(Ca-Br-Lactobionat)

Cutii de aluminiu cu 10 tablete efervescente
1—3 tablete pe zi.

Cutii a 100 gr. granule
1—3 inguri pe zi.

Fiole de 5 şi 10 cmc.

Depozite:

Drogueria D. NESTO
Str. Lipscani No. 102, Bucureşti I.

Drogueria ROYAL
Piaţa Unirei 26, Cluj:

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES
Bâle

SANDOZ

Ci-devant **SANDOZ**
S. A. (Suisse)

nasie, dr. Ionescu Nicolae, dr. Teofănescu Emil.

Colegiul Dâmbovița: dr. Pricoiu Pricunda, dr. Boni Georgescu, dr. Vasile Nicolaescu Pucioasa.

Colegiul Dolj: dr. Mircea Adrian, dr. Trifan Ioan, dr. Grigoriu Constantin, dr. Mircea Popescu, dr. Al. Teodoru.

Colegiul Dorohoi: dr. Nicolae Sandovici, dr. Alexandru Popovici.

Colegiul Făgăraș: dr. Stanciu Stroe, dr. Pereni, dr. Autel Tulbure.

Colegiul Fălciu: dr. Adameșteanu Cornel, dr. Măcelaru Tiberiu, dr. Manoilescu Constantin.

Colegiul Gorj: dr. Leon Droghescu, dr. Burmaz Mihai, dr. Cuciu Leon.

Colegiul Hunedoara: dr. Cincora Ion, dr. Stănilă Octavian, dr. Caba Emil.

Colegiul Ialomița: dr. Grigore Zlota, dr. Leonida Boca, dr. Gh. Rădulescu.

Colegiul Iași: dr. Năstase, dr. Plăcinteanu, dr. Ossipov Finești, dr. Stoleru, dr. Ioachim Ștefan.

Colegiul Ilfov: dr. Stoichiță N., dr. Ștеopoe V., dr. Popovici Lupa Mircea, dr. Lăzărescu D., dr. Milcoveanu Șerban.

Colegiul Mehedinți: dr. Andreoiu C. dr. Popescu Crivina I., dr. Ionescu Govora.

Colegiul Muscel: dr. Georgescu Petre, dr. Candid Ionescu, dr. Matei Mocanu..

Colegiul Neamț: dr. Comaniță Alexandru, dr. Eftimie C., dr. Bondescu Alexandru.

Colegiul Olt: dr. Motelică V., dr. Chițulescu C., dr. Mureșanu Augustin.

Colegiul Prahava: dr. Nicolescu C. Ion, dr. Vasile Albu, dr. Lucinescu Leon, dr. Nicolae Comănescu, dr. Chirică Vintilă.

Colegiul Putna: dr. Chitu, dr. Boiu D., dr. Iancu N.

Colegiul Rădăuți: dr. Roșca Rudolf, dr. Nandriș Teodor, dr. Haqué Iulius.

Colegiul R. Sărat: dr. Harbuz Ion, dr. Novac Atanasie, dr. Constantin Raicu.

Colegiul Roman: dr. Constantin Samson, dr. Nicolae Fălcoianu, dr. Ionescu Teodor.

Colegiul Romanați: dr. Traian Georgescu, dr. Locusteanu, dr. Mihăilescu.

Colegiul Severin: dr. Popovici Gh., dr. Pruneș Ion, dr. Frantz Horgher.

Colegiul Sibiu: dr. Păcureanu Gh., dr. Barbu Alexandru, dr. Liviu Ursu, dr. Mayer, dr. Banu C.

Colegiul Suceava: dr. Strugaru Silvestru, dr. Veskrna Maria, dr. Jemna Gheorghe.

Colegiul Tecuci: dr. Dumitru Gh. (maior), dr. M. Vasiliu (căpitan), dr. Popescu N. Silistra.

Colegiul Teleorman: dr. Ștefan Noica, dr. Vișina Gh., dr. I. Marinescu.

Colegiul Târnava Mare: dr. Emil Mureșan, dr. Iosif Lazăr, dr. Waidt Iuliu.

Colegiul Târnava Mică: dr. Victor Stoica, dr. Avram Ciocan, dr. Eugen Bad.

Colegiul Timiș Torontal: dr. Damșa Traian, dr. Banciu Aurel, dr. Onciu Iosif, dr. Jebeleanu Ilie, dr. Sauer Ernest.

Colegiul Tulcea: dr. Corneliu Dumitrescu, dr. Zaharia Milotinov, dr. Vlasie Hristodor.

Colegiul Turda Cluj: dr. Crișan Mihail, dr. Todea Cornel, dr. Belea Ion.

Colegiul Tutova: dr. Voiculescu C., dr. Petre Constantin, dr. Dumitru Achille.

Colegiul Vaslui: dr. Guga Tiberiu, dr. Octavian Botez, dr. Teodoru A.

Colegiul Vâlcea: dr. Zeana Dumitru, dr. Negoescu, dr. G. Stoenescu.

Colegiul Vlașca: dr. Chioseau Gh., dr. Păunescu Filip, dr. Troncioveanu.

Instalarea noilor epitropi ai așezămintelor Brâncovenești

Serviciul religios dela biserica Domniță Bălașa

Sâmbătă 2 Noembrie, s'a făcut instalarea noului epitrop al așezămintelor Brâncovenești, D-l Dr. C. Zisu.

Cu acest prilej D-l dr. Alex. Popovici secretarul ministerului Muncii și Sănătății, luând cuvântul a spus :

In calitate de delegat al ministerului Sănătății, am onoarea să fac instalarea primului epitrop legionar, a camaradului dr. C. Zisu.

D-l dr. Zisu a răspuns:

In această clipă în care iau conducerea acestor așezăminte de ctitorie voevodală, gândul meu se îndreaptă către Căpitanul nostru și către sufletele tuturor martirilor noștri căzuți pentru biruința Legiunii.

Mă leg în fața lui Dumnezeu și a Dvs. să respect cu sfințenie tradiția creștină ortodoxă a testatorilor, să muncesc cu râvnă și cu dragoste în spiritul legionar și a celui mai bun samaritean ; încât să nu înșel așteptările pe cari conducătorii de azi ai Statului le-au pus în mine și să spulber ori ce urmă de neîncredere pe care unii dintre dvs. o mai păstrează față de Legiune.

Trăiască Legiunea și Căpitanul.

Transferări în personalul medical al ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale

D. V. Iasinschi, ministrul muncii, sănătății și ocrotirilor sociale, a semnat o decizie prin care se fac următoarele transferări în personalul medical, pe ziua de 1 Noembrie c.

D. dr. Maftei Vasile, dela circ. Măcărești jud. Lăpușna, la circ. Merișani jud. Argeș; d. dr. Pascali Ion, dela circ. Văsieni jud. Lăpușna la circ. Stolnici jud. Argeș; d. dr. Samborschi Constantin dela circ. Văscăuți jud. Hotin, ca medic igienist la plasa model Dâmbovnic jud. Argeș; d. dr. Lisievici Visarion dela spit. cu circ. Cimișlia jud. Tighina la spit. cu circ. Dedulești jud. Argeș; d. dr. Emil Cristescu Kraft dela spitalul cu circ. Secureni jud. Hotin, la spit. cu circ. Ștefănești jud. Botoșani; dr. Comâzan Dumitru dela spitalul cu circ. Căușani jud. Tighina la spitalul cu circ. Costești jud. Argeș; dr. Predescu Ion dela spitalul Turtucaia, la spitalul Zimnicea; dr. Culef Alexandru, dela spitalul Bolgrad la spitalul Hârșova; dr. Cotuțiu Iulian dela circ. Sâniob jud. Bihor, la circ. Zlatna jud. Alba; dr. Petri Emil, dela circ. Borod jud. Bihor la circ. Almașul Mare jud. Alba; dr. Soiu Ioan, dela circ. Hăghig jud. Trei Scaune, la circ. Râșnov jud. Brașov; dr. Ilie Victor, dela circ. Vadul jud. Bihor, la circ. Gătaia jud. Timiș; dr. Puia Aurel, dela circ. Beica jud. Mureș la circ. Mirislău jud. Alba; dr. Haupt Eric, dela circ. Sistarovăț jud. Timiș, la circ. Guttenbrunn jud. Arad; dr. Abrudan Valeriu, dela circ. Popești jud. Bihor la circ. Cermei jud. Arad; dr. Boer Valer dela circ. Cefa jud. Bihor, la circ. Târnava jud. Arad; dr. Lupu Ioan, dela circ. Mediașul Aurit jud. Satu Mare, la circ. Ocna Sibiului jud. Sibiu; d-na dr. Estera Chirvai Negreanu, dela circ. Bucium jud. Sălaj, la circ. Govăjdia jud. Severin; dr. Ștefanovici Ion, dela circ. Voitinel jud. Rădăuți, la circ. Gloduri jud. Bacău; d-na dr. Coroiu Margareta, dela circ. Chircăești jud. Tighina, la circ. Brusturoasa jud. Bacău; dr. Bretcan Adrian, dela circ. Brodina jud. Rădăuți, la circ. Măgirești jud. Rădăuți; dr. Plevianu Alexandru, medic primar al jud. Lăpușna, ca medic primar al jud. Botoșani; dr. Margine Ioan, dela spitalul Sculeni Târg jud. Iași, la spitalul cu circ. Uriceni jud. Botoșani; dr. Scripa Panaite dela circ. Pătrăuți jud. Storojinet, la orașul Hârlău; dr. Raiss Victor dela circ. Șapte Bani jud. Bălți, la circ. Tudora jud. Botoșani; dr. Costăcel Gh. dela circ. Horbova jud. Dorohoi, la circ. Călărași jud. Botoșani; dr. Hartular Ștefan dela spitalul Silistra la spitalul Viziru jud. Brăila; d-na dr. Vera Cantaragiu Gripa dela circ. Vânători jud. Lăpușna, la circ. Beceni jud Buzău; dr. Bosica Ioan, dela circ. Cojocna jud. Cluj, la circ. urbană Timișoara; dr. Foreanu Traian, dela circ. Volovăț jud. Rădăuți, la circ. urbană R.-Vâlcea; dr. Mihaliuc Ion, dela circ. Jadova jud. Storojinet, la circ. Volovăț jud. Rădăuți; d-na dr. Mihaliuc Ecaterina dela circ. Cerepcăuți jud. Storojinet la circ. nou creiată Horodnicul de Jos jud. Ră-

dăuți; d-na dr. Sbiera Partenia Bălăuță dela circ. Valea Cosminului jud. Cernăuți, la circ. Cacica jud. Suceava; dr. Negulescu Ioan, dela orașul Silistra, la orașul Oltenița jud. Ilfov; dr. Ștefănescu Vasile dela circ. urbană Tighina ca medic la orașul Giurgiu, în postul nou creiat; d-ra dr. Hauser Ștefania dela circ. I. G. Duca jud. Odorhei, la circ. Cogealag jud. Constanța; dr. Abdurahman Selim, dela circ. Sânsârlar jud. Durostor, la circ. Ciocănești jud. Ialomița; dr. Rădulescu C. dela circ. Bicazul Ardelean jud. Ciuc, la circ. Cerașu jud. Prahova; dr. Sarkizian Kebork dela circ. Rasoviceni jud. Caliacra, la circ. Cobadin jud. Constanța; dr. Grădină C. medic epidemiolog la Municipiul Cluj, la circ. Techirghiol jud. Constanța; dr. Hogea C., dela circ. Plaiul Cosminului jud. Cernăuți, la circ. Moldovița jud. Câmpulung; dr. Buturcă Emanoil dela circ. Moscovei jud. Cahul, la circ. Băleni jud. Covurlui; d-na Cricopol Cleopatra dela circ. Visinești jud. Cahul la circ. Coroești jud. Dâmbovița; dr. Stratulat Valeriu dela circ. Străseni jud. Lăpușna, la circ. Ușurei jud. Vâlcea; dr. Palaghiță Ștefan dela circ. Ibănești jud. Dorohoi la circ. Valea Lungă jud. Dâmbovița; dr. Romba Vasile dela circ. Ghelnița jud. Trei Scaune, la circ. nou creiată Lisa jud. Făgăraș; dr. Negrea Octavian dela circ. Almașul jud. Cluj la circ. Beclean jud. Făgăraș; dr. Pop Cornel dela circ. Sântău jud. Sălaj la circ. Zerind jud. Arad; dr. Pană Dumitru dela spitalul Bratca jud. Bihor, la spitalul Filiași jud. Dolj; dr. Comorovschi N., dela spitalul Reni jud. Ismail, la spitalul Bechet jud. Dolj; dr. Bălteanu Radu, dela spitalul Ungheni jud. Iași, la spitalul Dămienești jud. Roman; dr. Perciun Nicolae, dela circ. Ciucea jud. Cluj, la circ. Tg. Cărbunești jud. Gorj; d-na dr. Stratulativ Horeta dela circ. Plahteevca jud. Cetatea Albă, la circ. Lehliu jud. Ialomița; dr. Achim Ioan dela circ. Acadânlar jud. Durostor, la circ. Caragele jud. Buzău; dr. Sottaru Ion dela circ. Albota jud. Cahul, la circ. Țăndărei jud. Ialomița; dr. Dumitrescu C., dela circ. Sanislau jud. Sălaj la circ. Roseti jud. Ialomița; d-na dr. Iamandi Teofila, dela circ. Ungheni jud. Iași, la circ. urbană Iași; dr. Axinte Octav dela circ. Sofian jud. Ismail, la circ. Vlădeni jud. Iași; dr. Pervac Gh. dela spitalul cu circ. Lipcani jud. Hotin, la circ. Ciurea jud. Iași; dr. Pintea Valer dela circ. urbană Tg. Mureș la circ. Vidra jud. Ilfov; dr. Stroescu Vasile dela circ. Covasna jud. Trei Scaune la circ. Lipia Bjdeni jud. Ilfov; dr. Casanova Cezar dela circ. Tereblecea jud. Rădăuți, la circ. Bobești jud. Ilfov; dr. Grigoriu Ilie dela circ. Salonta jud. Bihor, la circ. Domnești jud. Muscel; dr. Minialov Rudolf dela circ. Toporăuți jud. Cernăuți la circ. Călugăreni jud. Neamț; dr. Manea Emanoil dela spitalul Gheorghieni jud. Ciuc, la spitalul cu circ. Mircești jud. Roman; d-na dr. Ciobotaru Dariu dela circ. Mihalcea jud. Cernăuți, la circ. Leu jud. Romanați; d-na dr. Alexandropol Maria dela circ. Soldănești jud. Orhei la circ. Rusca Montană jud. Severin; dr. Opriță Gheorghe, dela circ. Teaca jud. Mureș la circ. nou creiată Sărăzani jud. Severin; dr. Munteanu Petre dela circ. Negrești jud. Satu Mare, la circ. Ighiu jud. Alba; d-na dr. Spânu Valeriu Dejica dela circ. Gura-Sada jud. Hunedoara la circ. Balinț jud. Severin; dr. Ciobă Ovidiu, dela dispensarul mixt Dej, la circ. nou creiată Mihai Viteazul jud. Turda; dr. Dostal Heinrich dela circ. Joseni jud. Ciuc la circ. Șona jud. Târnava Mică; dr. Mohai Nicolae dela circ. Sovata jud. Mureș, la circ. Valea Lungă jud. Târnava Mică; dr. Giurgiu Victor dela circ. Miercurea Miraj jud. Mureș la circ. Vinga jud. Timiș; dr. Rusu Septimiu dela circ. Huedin jud. Cluj la circ. Recaș jud. Timiș; dr. Ioniță Gheorghe dela circ Tileagd județul Bihor, la circ. Savarale jud. Timiș dr Giușcă Virgil dela circ. Sâmbăta jud. Bihor, la circ. Cuvejdia jud. Timiș; dr. Cocian Cornel dela circ. Episcopia jud. Biuor la circ. Fibiș jud. Timiș; dr. Ciucan Gheoghe, dela circ. Vasloveni jud. Ciuc, la circ. Zaul de Câmpie jud. Turda; dr. Gherman Nicolae dela circ. Cășei jud. Someș, la circ. Tureni jud. Turda; dr. Gnatenschi Eugen, dela spitalul cu circ. Turda jud. Hotin, la spit. cu circ. Lădești jud. Vâlcea; dr. Cremenschi Boris dela spit. cu circ. Stolniceni jud. Bălți, la circ. Siliștea jud. Vlașca; dr. Stoica Victor dela circ. Panticeu jud. Cluj, la orașul Dumbrăveni jud. Târnava Mică, în postul nou creat; dr. Iavorschi Boris medic șef al orașului Bălți, ca medic de port principal Galați; dr. Babcenco Petre dela circ. Isvoare jud. Soroca, la circ. urbană Iași în postu nou creiat; dr. Teodorescu Nicolae, dela orașul și postul Ismail la Municipiul Galați, în postul nou creat; dr. Colhon Romulus dela circ. urbană Cluj, la circ. urbană Sibiu în postul nou creat; dr. Chbici Ștefan dela orașul Gura Humorului, la serviciul sanitar al Capitalei, în postul nou creat; dr. Topa Casian dela circ. Văscăuți pe Ceremuș jud. Storojinet, la oraș Gura Humorului, în postul nou creat; dr. Prodan Ion, medic primar al județului Odorhei, ca al doilea medic primar de județ la jud. Târnava Mare, în postul nou creat; dr. Nuțu Eugen, dela circ. Gornești jud. Mureș la circ. nou creiată Cetatea de Baltă jud. Târnava Mică; dr. Aristide dela circ. Esibei jud. Caliacra, la circ. nou creiată urbană Constanța; dr. Bota Valer dela circ. urbană Sau Mare, la circ. urbană enou creiată Craiova; d-na dr. Gherasim Turcana Ecaterina dela circ. Rogoaza jud. Tecuci la circ. Ferdinand jud. Bacău; d-na dr. Iliescu Liuba dela circ. Lipnic jud. Soroca, la circ. Tețcani jud. Bacău; dr. Ocnă Marius dela circ. Sângioz Băi jud. Năsăud, la orașul R.-Sărat, în postul nou creat; dr. Lupu Dumitru, dela orașul Reghin jud. Mureș la circ. urbană nou creiată Dicosânmartin; dr. Boer Togan Iosef de la circ. Ocland jud. Odorhei la circ. Semlacul Mare jud. Timiș; dr. Bogos Vladimir dela orașul Hotin la orașul Dorohoi, în posul nou creiat; dr. Vlad Petre, medic șef al municipiului Cluj, în postul de medic primar al jud. Buzău, plătit din postul avut la Cluj până la 1 Ianuarie 1941, când este pensionat titularul; dr. Băgăian Ion, dela Band jud. Mureș la circ. nou creiată Romu jud. Mureș; dr. Pop Vasile dela circ. Sâncrai jud. Mureș la circ. Armeni jud. Sibiu; dr. Manu Iuliu dela circ. Salard jud. Biuor la orașul Mediaș în postul nou creiat; dr. Pop Niciniu dela circ. Sângiorgiul de Pădure jud. Odorhei la circ. nou creiată Copșa Mică jud. Târnava Mică; dr. Brutus Macovei, medic primar al jud. Mureș ca al doilea medic primar al jud. Turda, în postul nou creiat; dr. Comes Iosef, medic primar al jud. Ciuc, ca al doilea medic la orașul Blaj, în postul nou creiat; dr. Crișan Alexandru, dela circ. urbană Oradea la circ urbană Turda; dr. Lupu Sextil dela circ. Olpret jud. Someș la circ. Berghin jud. Alba; dr. Pop Eugen dela circ. Mințul Gherlei jud. Someș la circ. Fărău jud. Alba; dr. Rusu Liviu dela circ. Baraolt jud. Trei Scaune, la circ. nou creiată Smig. jud. Târnava Mică; dr. Bențea Enea, medic șef al orașului Tg. Mureș, la circ. urbană nou creiată Arad; dr. Cosma Alexandru dela circ. Borese jud. Mureș, la circ. Ponor jud. Alba; dr. Timiș Aurel, dela circ. Lunga Bradului jud. Mureș la circ. Petreștii de jos jud. Turda; dr. Costin Traian dela circ. Tulghea jud. Ciuc la circ. Sohodol jud. Alba; dr. Tlea Teodor dela plasa model Gilău jud. Cluj la plasa model Sălișteș jud. Sibiu; dr. Cotoi Nicolae, medic al orașului Simleul Silvaniei jud. Sălaj la circ. urbană nou creiată Făgăraș; dr. Livadă Nicolae dela circ. Aținți jud. Turda la circ. Lunca Mureșului jud. Cluj-Turda, fiind plătit din postul de medic la circ. Stoicani jud. Soroca; dr. Danet Andrei dela circ. Orașul Nou jud. Satu Mare la circ. Drăgănești jud. Teleorman; dr. Stanca Constantin subdirector șef de secție (medic primar) la Institutul pentru studiul și profilaxia cancerului din Cluj, la Institutul de Igienă din București, secția de boli ereditare și tumorale, în postul nou creat; dr. Pârvu Ioan dela circ. urbană Sighet la orașul R. Vâlcea, în postul nou creiat;

Urmare în numărul viitor.

In tratamentul constipaţiei

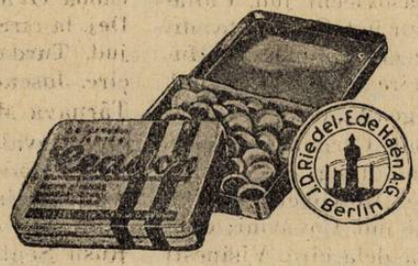
Se poate evita obişnuinţa şi iritaţia mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcţionare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop serveşte

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

In tusea afecţiunilor laringiene, pulmonare şi bronchice, dureri de deglutiţie, anghine acute, procese ulcerative ale faringelului şi laringelului, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0.03; Fenacetină 0.08; Thimol, menthol, ol. Eucalipti áá 0.015 —

Adulţi 4—6 pastile pe zi. Copii, mai puţin după etate. Pastila se suge **încet** până la terminare. Tub. orig. a 25 pastile

---

Contra Tusei
rebelă, cronică, tabagică, tbc. astm.

Sirop EUPECTIN

Na. sulfogaiacolat, efedrină. codeină, Na. phenilaethilbarbituric Na. benzoic, etc.
Gust agreabil. Efect remarcabil.
Adulţi: 3 linguri, copii 3 linguriţe pe zi.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Ca. Glicerofosforic, Nucă de Kola, Extr. strichni, vin de malaga.

Flc. orig. 400 gr.
Adulţi: 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăţi, etc.

CEREBROL

Ca. şi K. Br.; Analgesină; Na. phenilaethylbarbituric, sirop simplex.
½ gr. Br. pe linguriţă.
2—3 linguriţe pe zi sau mai mult după cazuri, *in puţină apă sacharată.*

Laxativ mecanic aromat

LAXOGEN

Ol. parafini bidistilat aromat cu oleu de mentă.

Flc. orig. 200 gr.

Doza: 2—3 linguri seara la culcare.

Laxativ şi Purgativ din substanţe pur vegetale

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.
Nu produc obişnuinţă.

Pentru cură 1—3 pastile pe zi.
Doza laxativă 1 pastilă seara.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Desinfectant intern

Tablete Urocid

Hexametilentramin chimic pur.

Tuburi orig. cu 20 tablete a 0.5 gr.

Doza după aviz.

Repr. I. Zeller, Bucureşti, Str. Profetului 9. — Preparatele se găsesc la toate depozitele de medicamente din Capitală.

NOTITE TERAPEUTICE

Dolantin, un medicament nou cu acţiune spasmolitică şi analgetică pronunţată

(Chimie şi Farmacologie)

Colicile precum şi stările dureroase
(Farmacologie)

C. Eisleb şi *C. Schaumann*, Labor. de cercetări ştiinţifice I. G. Hoechst Dtsch. med. Wschr. 1939, Nr. 24, pag. 967

In experienţele farmacologice, *Dolantin-a* prezintă o acţiune pronunţată analgetică şi spasmolitică. Asupra intestinului izolat, *Dolantin-a* acţionează chiar şi într'o diluţie de 1:5,000,000 nivelând contracţiunile provenite de acetyl-cholină. Acţiunea inhibitorie asupra pneumogosticului, poate fi controlată la intestinul «in situ». Hipersalivaţia produsă la epurii de casă uretanizaţi după aplicarea de 10 mg. Pilocarpină, poate fi redusă în urma unei aplicări 20 mg. *Dolantin*, fără a putea însă opri definitiv, hipersalivaţia. Chiar şi midriaza produsă de *Dolantin-a* este mai slabă decât după aplicarea atropinei. Deasemenea *Dolantin-ă* nu acţionează aproape de loc asupra pulsului şi a tensiunei sanguine.

In schimb, acţiunea spasmolitică a *Dolantin-ei* este caracteristică, chiar şi la spasmele musculare (provocate cu Ba Cl,); efectul egalează pe cel al Papaverinei. Spasmele bronchiale produse în urma aplicării histaminei, pot fi de asemenea reduse cu ajutorul *Dolantin-ei*. Doze profilactice de *Dolantin* împiedică accesele de astm-histaminic, la cobai. Acţiunea inhibitorie asupra diurezei în urma aplicării de Suprarenină, poate fi anulată cu ajutorul *Dolantin-ei*. La şoarecii albi, injecţia subcutană de 1 pe 5 din doza letală, produce o anestezie perfectă, fără ca să apară fenomene narcotice centrale.

Animalele prezintă un fenomen caracteristic pentru morfină: coada, îndoită în formă de «S» adusă asupra spatelui. Această acţiune centrală poate fi evidenţiată şi la pisici. Reflexul tusei poate fi oprit la pisică, la fel ca şi în urma aplicării codeinei. La şoareci 150 mg. pentru un kg. aplicate sub cutan, precum şi 60 mg. pentru un kg. administrate intravenos, acţionează letal, în timp ce la epurii de casă doza letală la aplicarea intravenoasă este de 30 mc. pentru un kg. iar la aplicarea pe cale bucală de 700 mg. pentru un kg.

Aplicarea timp de câteva săptămâni de câte 3—5 mg. pentru un kg. (subcutan), nu produce nici un fel de modificări asupra pisicilor şi a epurilor de casă. Aplicările continuative de câte 1 mg. pentru un kg. administrate în decurs de un minut, sunt discompuse, în timp ce aplicările de câte 1,5 mg. pentru un kg. şi minut, acţionează la fel chiar după câteva ore. Electrocardiograma nu prezintă nici o schimbare. Din examinările farmacologice reiese că, *Dolantin-a* posedă proprietăţile spasmolitice ale Atropinei şi a Papaverinei, combinate cu acţiunea analgetică a combinaţiilor de morfină.

Combaterea durerilor în chirurgie, cu ajutorul Dolantin-ei

F. Schäfer Spit. Com. Berlin-Wilmersdorf Dtsch. med. Wschr. 1939, Nr. 24, pag. 970

La aproximativ 400 bolnavi s'a administrat cu succes *Dolantin-a*. Bolnavii cu dureri uşoare, au fost trataţi cu pastile iar cei cu dureri mai intense, cu ajutorul injecţiilor subcutane, intra musculare şi intravenoase. Acţiunea spasmolitică-analgetică a acestui medicament, a fost evidentă în special în cazurile de calculoze. La 9 din 12 bolnavi cu forme grave de colici renale, aplicarea intravenoasă de 100 mg. (injecţia a fost repetată de 4 ori, după 15 minute), produce în câteva minute o analgezie perfectă. Deasemenea şi tenesmele uretrale şi ale vezicii urinare provenite în urma unor procese inflamatorii, pot fi înlăturate cu uşurinţă, administrând 100 mg. *Dolantin*, intravenos. In colicile hepatice s'a obţinut rezultate analoage, în 2 cazuri după injecţii intramusculare şi în 3 cazuri după aplicarea intravenoasă de 1—2 fiole; în schimb la un bolnav cu hiperestezie, rezultatul n'a fost îndestulător. In durerile postoperative, *Dolantin-a* a fost aplicată în 160 cazuri. Se administrează în loc de 0,01—0,02 g. morfină, *Dolantin* intramuscular, la toate operaţiile făcute cu narcoză de Evipan şi cele executate în anestezie locală; în 50 din cazuri această dozare a dus la rezultatul dorit, la celelalte a mai fost nevoe de încă 1—2 fiole în decursul nopţii. In 10% din cazurile controlate, efectul *Dolantin-ei*, s'a dovedit neîndestulător, probabil fiindcă acest medicament nu acţionează ca sedativ resp. narcotic. Aproximativ 100 bolnavi cu fracturi obţinură, unii 1—3 pastile de câte 25 mg. *Dolantin*, injecţii subcutane, intramusculare şi intravenoase în timp ce ceilalţi au dureri mai pronunţate. Efectul a fost obţinut aproape în toate cazurile. In 30 cazuri de fracturi ale craniului asociate cu comoţii celebrale, *Dolantin-a* duce în scurt timp la rezultat. De obiceiu se aplică 4—6 pastile (100—150 mg.) *Dolantin*, pentru un interval de timp de 24 ore, nu însă pe stomacul gol. Schäfer aplică în formă de injecţii subcutane intramusculare de 4 ori câte 100 mg. în timp de 24 ore. Intervalul de timp dintre injecţii, trebue să fie cel puţin 4—5 ore. Durata injectării intravenoase al unei cantităţi de 2 cmc. *Dolatin*, trebue să fie de 3 minute; această doză poate fi repetată — în cazurile de colici — numai după 15 minute. Se recomandă însă, să nu se injecteze intravenos cantităţi mai mari de 200 mg. In ceeace priveşte efectul *Dolantin-ei* aplicată pe cale rectală, ne lipsesc până în prezent observaţiuni precise. Din bolnavi trataţi cu *Dolantin*, numai 4—5 au prezentat fenomene de greaţă, transpiraţiuni şi ameţeli, însă numai timp de vre'o 10—20 minute — manifestaţiuni produse în parte din cauza aplicării pastilelor pe stomacul gol, iar într'un caz, fiindcă s'a aplicat intravenos în decurs de 10 minute o cantitate de 200 mg. *Dolantina-a* nu posedă acţiune hipnotică, iar în cazurile în cari se cere acest efect se recomandă Evipan, Adalin, Phanodorm, etc. Efectul *Dolantin-ei* (100mg. intramuscular) durează în cazurile grave 3, iar în cele mai puţin dureroase, 7—8 ore. Obişnuinţă şi fenomene de cumulaţiune nu au fost semnalate până în prezent. Aproape în toate cazurile, *Dolantin-a* înlocueşte cu succes alcoloizii opiului.

Rezultate obţinute în urma aplicării unui spasmolitic cu acţiune mio - şi neurotropă

E. K. Klein: Spit. Elisab. Berlin W. 35 (Münch. Med. Wschr. 1939 Nr. 47, pag. 1674)

Klein aplică Dolantin-a, caracterizată prin acţiunea sa analgetospasmolitică, în cazuri de colici renale şi hepatice. S'a obţinut de asemenea o analgezie şi în cazul unei pancreatite (cu colici). Acest medicament aplicat unui bolnav cu infarct al miocardului, urmat de o stare anginoasă gravă (2 cmc. intravenos cu strofantină+caloroză) duce la o ameliorare pronunţată. Totastfel, Dolantin-a aplicată intravenos şi intramuscular într'un caz de embolie a arterelor mesenterice şi femurale, produce de asemenea o ameliorare importantă. Câteodată aplicarea inravenoasă a Dolantin-ei, duce la ameţeli uşoare în schimb euforia produsă de acest medicament, este însemnată.

Tratamentul cu histaminază în anumite alergaze

In dermatoze de natură algerică, de ex. urticarie, prurigo, prurit, şi în exanteme medicamentoase de ex. dupa Novarsenobenzol — în total la 30 pacienţi — *Karbowniczeka* a încercat Torantil. De 23 ori rezultatul a fost foarte net; dispariţie rapidă a simptomelor cutante alergice. Rezultatele cele mai bune le-a obţinut K. în dermatozele novarsenobenzolice şi în eczemele alergice. Torantil ar fi acţionat tot atât de bine per os ca şi intravenos (*M. Karbowniczekt*, Clin. derm. Varşovia.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53. Bucureşti I.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

In toate anemiile şi reconvalescenţa

FERCUPAR

TABLETE

(Fer + cupru + ficat + vitamină B)

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUŢIE
TABLETE
SUPOZITOARE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conţinând totalitatea alcaloizilor
izolaţi din rădăcina de belladonă.

Neurastenii — Nevroze —Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. — Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

(Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat)

Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii : 3 linguri de desert pe zi.

Rachitism-Toate formele de tuberculoză
Limfatism-Carii dentare-Creştere dificilă
Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu Coloidal + Vitamină D.

Lichid. — Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Demineralizare-Fosfaturie-Inapetenţă
Neurastenie — Maladii consomptive
Sarcină — Alăptare

PHOSPHARSYL

Fosfaţi de Calciu metilarseniaţ

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate
Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă.

Granule: 2 — 3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză — Neurastenie — Maladii astenizante — Debilitate — Fracturi
Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

Fosfaţi de Calciu

Lichid: 2 — 3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL
Levulinat de calciu

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Rachitism — Turburări de creştere
Tuberculoză — Alăptare — Fracturi
Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

IRADIAT

Fosfat Pinard + Vitamina D.

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Laboratoires du DR. PINARD — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XVIII. No. 23 — 10 Lei Exemplarul — 1 Decembrie 1940

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNII SIBIU

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

COMITETUL DE REDACȚIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Brașcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Șt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTELOR
Pentru medici: 240 Lei
Pentru studenți: 140 Lei

Anunciurile se primesc la Administrația revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Dr. G. MARINESCU: *Tratamentul actual al Blenoragiei* 257

Dr. PĂUNESCU PODEANU: *Tratamente noi în Astm* 258

Dr. I. PAVEL: *Medicina Militară* . 261

ORGANIZAREA PROFESIUNII MEDICALE

Legea de organizare și funcționare a „Colegiului Medicilor" în România 264

Pagina

PROBLEME MEDICALE

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Adaptarea învățământului medical la nevoile actuale ale Țării* 263

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Normele de recrutare a personalului didactic Universitar; Trecerea la ministerul Sănătății a instituțiunilor medicale pendinte de ministerul lucrărilor publice 268

Pagina

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du ménisque intervertébral (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri și 2 planșe, 40 fr.

Etudes expérimentales récentes sur les maladies infectieuses, par *Jean Troisier*, professeur agrégé de Pathologie expérimentale et comparé à la Facult. de Médicine de Paris, Médecin de l'hôpital Beaujon, *Masson et C-ie, éditeurs*. Un volum de 280 pagini.

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Prof. Dr. Gh. Băltăceanu: Leçons de Thérapeutique clinique et de Pharmacodynamie. Vol. III «Cartea Românească» București.

Contra infecțiunilor stafilococice și în tratamentul

BLENORAGIEI

ULIRON

Preparatul chimioterapeutic, pentru tratamentul pe cale bucală.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino

Splaiul Independenţei No. 103, Bucureşti (VI)

SERURI

Ser antidifteric (250—500—1000 şi 2000 unităţi pe cm.³)
» antidizenteric polyvalent (Shiga-Flexner-Strong, etc.)
» antistreptococic »
» antigangrenos » şi monovalent (V. Septic B. Perfringens, B. cedematiens, B. hystolitic, B. Sporogenes).
Ser antimeningococic polyvalent şi monovalent (Tip A, Tip B, Tip C şi Tip D).
» antitetanic (200—400—600—800 unităţi pe cmc.)
» anticărbunos
» antipneumococic polyvalent şi monovalent (Tip. I, Tip II şi Tip III)
» antipoliomyelitic
» anticoli polyvalent
» antistafilococic
» antiperitonitic (antigangrenos, anticoli, antistreptococic).
» antiscarlatinos (streptococ hemolitic)
» normal de cal
» normal de bou

VACCINURI

Vaccin antistreptococic
» antistafilococic
» antigonococic
» antipneumococic
» antitifo-paratific
» antiholeric
» contra tusei convulsive (Bordet)
» anticoli (Gengou)
Vaccin antigripal (Pneumococ, Streptococ, Pfeiffer, Catarhalis)
Bulion vaccin Polimicrobian (Stafilococ, Streptococ, pyocianic).
Anatoxine: difterică, tetanică, stafilococică şi scarlatinoasă (streptococ hemolytic)
Filtrat de stafilococ
Filtrat de streptococ
Principiu lytic (bacteriofag): anticoli, antitific, antistafilococic, antidisenteric.
Tuberculină brută
Antigen metilic (Boquet şi Nègre) pur şi diluat
Seruri aglutinante pentru identificarea speciilor microbiene
Seruri precipitante pentru identificarea albuminelor
Ser hemolytic anti-oaie
Seruri test pentru determinarea grupelor sanguine (om)
Toxină pentru reacţia Dick
Toxină pentru reacţia Schick
Antigene: Bordet-Ruelens, Citocol şi Kahn
Antigen pentru reacţia Frei
Medii de cultură solide şi lichide.

Secţiunea de analize execută la cererea Domnilor Medici toate analizele medicale, bacteriologice, parazitologice şi chimice.

Examene chimice de sânge (uree, glucoză, etc.)
Examene de materii fecale.
Analize de urină, suc gastric etc.
Autovaccinuri, Autofiltrate, Autobacteriofag.

O broşură conţinând instrucţiuni pentru întrebuinţarea serurilor şi vaccinurilor, precum şi toate informaţiunile relative la prepararea lor se trimite gratuit la cererea Domnilor Medici.

Serurile şi vaccinurile cu eficacitatea perimată se preschimbă, dacă au ambalajul intact cel mai târziu după 3 luni de la data expirării eficacităţii.

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD", Str. Sf. Ionică No. 8, BUCUREŞTI I.

TRATAMENTUL ECONOMIC ŞI PRACTIC
pentru cura rapidă de îngrăşare şi fortificare

BIROBIN

preparat organoterapic şi hematopoetic.
In comerţ: Flacoane cu 100 drageuri.

Înlăturarea tusei seci prin

CODERIT

Cedarea promptă a iritaţiei inflamatorii a mucoase bronchiilor. Uşurarea expectoraţiei. Calmarea centrului respirator.
Compoziţie: Clorhidrat de codeină, clorhidrat de efedrină racemică, alcaloizi totali din rădăcină de **Ipecacuana.**
In comerţ: Tuburi cu 10 tablete.

HORMONOTERAPIA MODERNA

Flogival

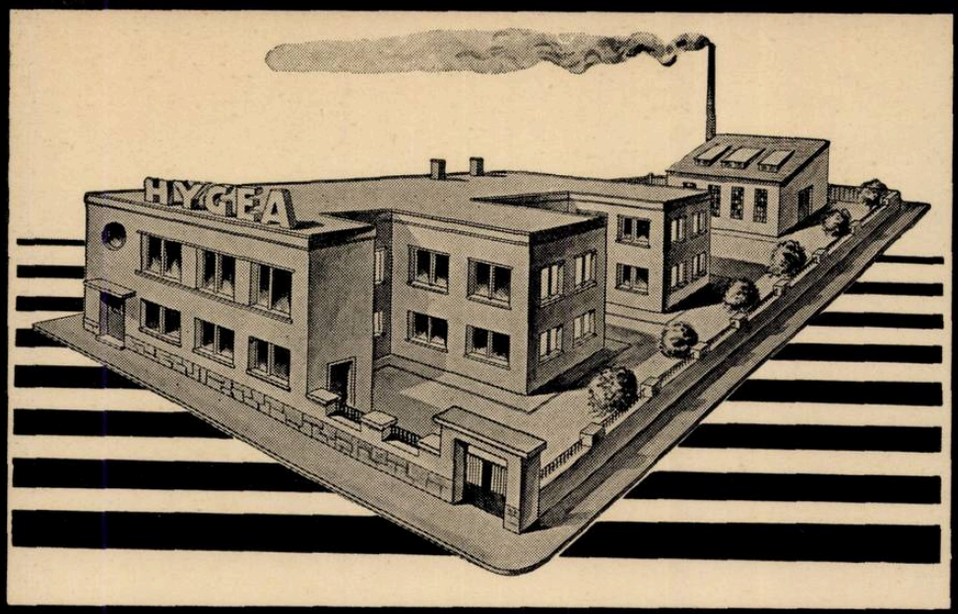
Hormonul activ din foliculul matur.
Riguros titrat şi standardizat în Unit. şoareci
Tablete: 50, 100, 300 şi 1000 M. E. (U. S.)
Injecţii 25, 100, 500 M. E. (U. S.) în soluţie apoasă; 1000, **10.000**: şi **50.000** M. E. (U. S.) în soluţie oleoasă.

CONTRA AFECŢIUNILOR INFLAMATORII ALE PLĂMÂNILOR ŞI BRONCHIILOR

Transpulmin

Chinină basică şi camfor, solvate în **oleuri eterice.**
Injecţiuni absolut indolore: aplicare intramusculară.
«Transpulmin este o inovaţie aşa de importantă în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală». (Prof, G. von Bergman).
in comerţ: cutii cu 5 şi 10 fiole a 1 şi 2 cmc
flacoane de 15 cmc.

CHINOIN S. A. Exclusivitatea: „SANACHIMICA" S. A. R.
Bucureşti I, Str. Sft. Constantin, 4.



CLUJ

Continuăm!...

HYGEA

HYGEA S.A.R. CLUJ

FABRICA PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

BUCUREȘTI

CALEA VITAN Nr. 11

TELEFON 4 22.44

CÂTEVA SPECIALITĂȚI ACTUALE

Specialitatea	Compoziția	Indicația	Doza
Arteronal complex **Tablete**	Phenobarbit 0,02 Theobromină pură 0,20 Amidopyrin 0,10 Papaverin 0,02 Pe tabletă	Hipertonie, Stenocardie, Arterioscleroză, Anghină pect.	Zilnic 3 x 1 Tablete
Calmarol **sirop**	Natr. phenobarbit 0,12 Antipyrin 0,12 Ntr. bromat 0,30 Tra. Valeriana spirt. 0,06 Extr. Passiflor. 0,06 Pe linguriță	Medicație sedativă pentru sistemul nervos	Zilnic 3 linguriție în puțină apă In caz de insomnie, una lingură
Caterchin **Injecții intramusculare**	Chinină 0,005 Camphor, natur. 0,084 Ol. Therebent. rect 0,15 Ol. olivar pur. pe 1 cc.	Adnexitis, Para-perimetritis Salpingitis. Epididimitis, Proteino-Therapia	1-2 injecții, la 2-3 zile In cazuri grave zilnic 1 injecție
Caffyllin **injecții intraven. și suppositorii**	**Injecția de 10 ccm.** Theophyllin pur 0,21 Coffein pur. 0,03 **Suppositoria :** Theophyllin pur. 0,26 Coffein pur. 0,03	In toată îmbolnăvirile sistemului vascular coronarian, renal, pulmonal și cerebral	**Obișnuit :** 1 injecție la 2-3 zile. **Stări grave :** 2 injecții zilnic.
Cortipan **pilule** **dragele** **pulbere**	Contine toți alcaloizii coajei de China sub formă de săruri ale acidului phenylcinchoninic	Antigripal, Antimalaric specific, Antitermic, Antipiretic, Analgesic, Antiseptic intern, Tonic,	**Adulți :** 3x0,50 gr. pe zi, **Copii :** 3x0,25 gr. **Copii mici :** 3x0,05 gr.
Cystosan **dragele**	Novatropin 0,0005 Papaverin 0,005 Sulfazol 0,03 Hexamethylentr. 0,20 Pe drageu	Gonoree și complicațiuni, Cystite purulente. Pyelită. Prostatită Epididimită, Vulvovaginită, Preventiv contra complicațiunilor	In fiecare zi 3x2 dragele
Dermin **unguent**	Tumenol 5% Resorcin 1% Sulf. pp 1% Acid salycil. 1% Talcum 15% Zinc oxyd. 10% Ol. jecoris 10%	Exema acută și cronică, mâncărimea pielei, iritațiuni, arsuri, ulcere varicoase, **Notă :** Exema umedă se va trata întâiu cu soluție Resorcin sau Ag. Nitr. 1‰	Pansament 1-2 m/m grosime pe tifon pe partea bolnavă cu schimb la 24 ore
Mykocid **tinctură**	Jodo-phenol-trichlor-oxyaethanol-dioxybensol—fuxin borat.	Trichofițiile superficiale și profunde, ale pielei glabre și păroase, Epidermofiții, Pitiriaza versicolară.	La 2-3 zile badijonare.
Sulfazol **tablete**	0,20 Chlorhydrat de sulfamido-chrisoidină. 0,10 p-Aminobenzen-sulfamidă Pe tabletă	Septicemii.	**Adulți :** zilnic 2-3 tablete. **Copii :** zilnic 2-3 jumătăți de tabletă.
Tonicum „Hygea" **sirop**	Vitamina „B" R.E. 10 Extr hepatis, 0,10 Extr. cola 0,10 Extr. nux vomica. 0,05 Calc. glycerophosph. 0,10 Hidr. de carb. și vin Q. S. Pe lingură	Anemie, Astenie, Neurastenie, Reconvalescență, Fortifiant celular	**Adulți :** 2-3 linguri în timpul mesei. **Copii :** 2-3 linguriție în timpul mesei.

In tratamentul constipației

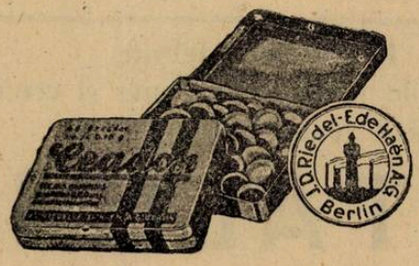
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

In tusea afecțiunilor laringiene, pulmonare și bronchice, dureri de deglutiție, anghine acute, procese ulcerative ale faringelului și laringelului, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0.03; Fenacetină 0.08; Thimol, menthol, ol. Eucalipti áá 0.015 —

Adulți 4—6 pastile pe zi. Copii, mai puțin după etate. Pastila se suge **încet** până la terminare. Tub. orig. a 25 pastile

Contra Tusei
rebelă, cronică, tabagică, tbc. astm.

Sirop EUPECTIN

a. sulfogaiacolat, efedrină. codeină, Na. phenilaethilbarbituric Na. benzoic, etc.
Gust agreabil. Efect remarcabil.
Adulți: 3 linguri, copii 3 linguriţe pe zi.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Ca. Glicerofosforic, Nucă de Kola, Extr. strichni, vin de malaga.
Flc. orig. 400 gr.
Adulți: 3 linguri, copii 2—3 linguriţe pe zi.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăți, etc.

CEREBROL

Ca. și K. Br.; Analgesină; Na. phenilaethylbarbituric, sirop simplex.
1/2 gr. Br. pe linguriță.
2—3 linguriţe pe zi sau mai mult după cazuri, *în puțină apă sacharată.*

Laxativ mecanic aromat

LAXOGEN

Ol. parafini bidistilat aromat cu oleu de mentă.
Flc. orig. 200 gr.
Doza: 2—3 linguri seara la culcare.

Laxativ și Purgativ din substanțe pur vegetale

Pastile WALDHEIM

Pilule aperitive antiadiposae.
Nu produc obișnuință.
Pentru cură 1—3 pastile pe zi.
Doza laxativă 1 pastilă seara.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Desinfectant intern

Tablete Urocid

Hexametilentramin chimic pur.
Tuburi orig. cu 20 tablete a 0.5 gr.
Doza după aviz.

Repr. I. Zelter, Bucureşti, Str. Profetului 9. — Preparatele se găsesc la toate depozitele de medicamente din Capitală.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3–4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50 %

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Mitr. Ghenadie Petrescu 77 Tel. 3.11.42

Prominal

Antiepilepticul cu efectele Luminal-ului fără simptomele deprimante.

Ambalaje originale:

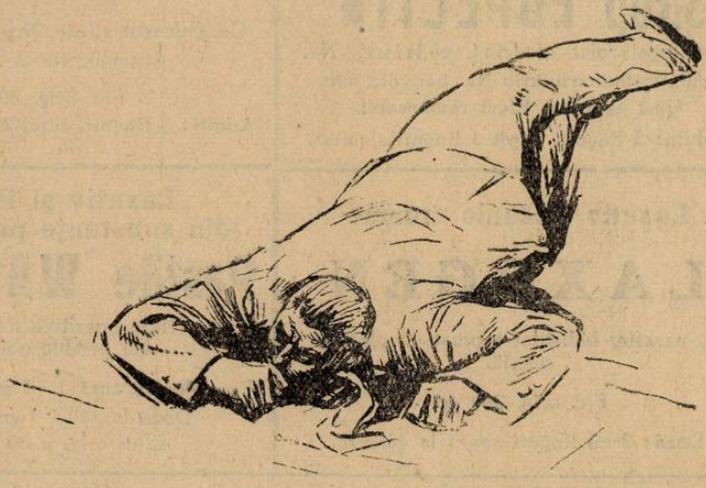
Tub cu 10 şi flacon cu 50 tablete de 0,2 gr.

In hipertensiuni, nevroze vasculare, Basedow tuse convulsivă

PROMINALETTEN

Efect spasmolitic tipic fără cea mai mică influenţare a puterii de muncă şi a activităţi intelectuale.

Ambalaje originale: Flacon cu 30 buc. à 0,033 g.



»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R. — Bucureşti I
Str. Brezoianu 53, Tel. 3.9285 şi 3.9286

„CHIMIROMAN"
Bucureşti I, Str. Th. G. Masaryk 32

Anu XVI No. 23 10 Lei Exemplarul 1 Decembrie 1940

ROMÂNIA MEDICALĂ

TRATAMENTUL ACTUAL AL BLENORAGIEI

de Dr. G. MARINESCU

Cine a trăit evoluţia tratamentului blenoragiei îşi poate da seama de enormele progrese făcute şi nu numai că speră, dar crede, cu convingere în dispariţia acestei boale, dacă se aplică cu grijă şi perseverenţă mijloacele de profilaxie şi de tratament actuale, care scurtează durata boalei în proporţii extrem de mari şi aduc vindecarea sigură. Scriind aceste rânduri nu vreau să fac apologia trecutului, dar nici nu mă las târît de entuziasmul unora, care cred, ori lasă să se creadă că, cu descoperirea sulfamidelor şi utilizarea lor exclusivă s'a ajuns la suprimarea boalei în scurtă vreme. Bolnavii în special dornici, cum e şi firesc, să se vindece mai repede, îşi pun mari speranţe în acest tratament la îndemâna fiecăruia pentru ca în caz de insucces să arunce discreditul asupra medicinei şi în descurajarea lor să continue a împrăştia credinţa că blenoragia este o boală care nu se vindecă.

Tot ce s'a câştigat cu muncă şi experienţă în diagnosticul şi terapeutica blenoragiei acute şi cronice, rămâne valabil şi demn de ţinut în seamă şi trebue utilizat cu metodă pentru realizarea vindecării acestei boale. Voi expune pe scurt felul meu de a proceda în tratamentul blenoragiei acute la bărbaţi şi la femei şi apoi al blenoragiei cronice.

1. *La bărbat.* Orice bolnav atins de blenoragie trebue să se adreseze medicului imediat ce observă simptomele boalei şi dacă e posibil după orice raport suspect, în primele ore sau zile după raport. Un examen bacteriologic, studiul urinei şi filamentelor ne poate obliga la un tratament abortiv care să aducă vindecarea în câteva zile. Chiar dacă infecţia e de două trei zile, scurgerea abundentă şi urina tulbure, se poate jugula repede urmând în felul următor: Bolnavul, bine studiat din punct de vedere al afecţiunilor hepatorenale şi hemogramei, va primi câte 6 tablete de Dagenan pe zi la intervale de 4 ore, timp de trei zile şi imediat după mese. In lipsa Dagenanului se poate administra Albucid trei patru grame pe zi, Uliron, sau altă sulfamidă în aceleaşi doze. In acelaş timp vom face spălături uretrale cu permanganat de potasiu cald 1/8000 odată sau de două ori pe zi, ori cb Rivanol 1/4000—1/2000. După 2—3 zile urina se limpezeşte, secreţia scade şi devine mai fluidă, gonococii se împuţinează ori dispar, leucocitele sunt încă numeroase. Vom reduce doza de Dagenan la 4 tablete după 3 zile, la 3 tablete după alte trei zile, şi vom continua spălăturile câte una pe zi, dacă secreţia a dispărut. In general după 10—12 zile nu se mai găsesc nici gonococi, nici polinucleare; găsim mucus, epitelii şi numai rare leucocite. Vom rări spălăturile şi dacă urina se menţine limpede le vom suprima odată cu suprimarea ingestiei de Dagenan, dar vom continua să ţinem bolnavul sub observaţie, în care timp vom recurge la proba de bere, de nitrat de argint, de masajul uretrei pe sondă. După observaţie de 15 zile vom permite raportul cu preservativ. Dacă secreţia nu reapare, bolnavul poate fi considerat ca vindecat. La un bolnav care a luat o singură zi 12 tablete de Dagenan, deşi uretrita exista de 4 zile gonococii au dispărut după prima zi. Câteva spălături cu permanganat şi oxicianur de mercur au fost făcute încă o săptămână şi bolnavul s'a vindecat. Alţii s'au vindecat în 4 până la 10 zile. Dacă uneori secreţia cu gonococi apare din nou vom continua tratamentul clasic cu spălături uretro-vezicale combinat cu o nouă ingestie de sulfamidă, după o pauză de 8 zile, adăugând vaccino terapia antigonocică care poate stimula reacţile organismului şi în special leucocitoza, care poate diminua din cauza sulfamidelor. Vom controla în acelaş timp glandele anexe ale uretrei şi cuiburile microbiene (sinusul lui *Guerin*, canalele parauretrale, prostata, veziculele seminale şi le vom trata cu injecţii antiseptice introduse cu ace speciale, cu antiflogistice, masajul, etc. Nici o blenoragie nu va resista unui tratament făcut astfel cu blândeţe şi perseverenţă. Bine înţeles că regulile de igienă, de repaus, de abţinere dela excitante vor fi respectate în tot cursul tratamentului. Dacă bolnavul e atins de blenoragie cronică, tratamentul e cel clasic: spălături, masajul glandelor, cercetarea cuiburilor microbiene, vaccinoterapia, la care se va adăuga sulfamidele în doze de 1,50 până la 2 grame pe zi.

Dacă sulfamidele sunt rău tolerate, se vor lua după mese cu puţin bicarbonat de sodiu. In unele cazuri se pot adăuga injecţii intra muschiulare de sulfamide pentru a complecta doza utilă, netolerată de tubul digestiv.

La femee tratamentul va fi instituit la fel ca la bărbat în ce priveşte sulfamidele, dar local vom trata uretra prin spălături şi instilaţii; vaginul prin spălături şi aplicaţii de sulfamide. Vom instila canalele lui Skene şi cele parauretrale, orificiile glandelor lui Bartolin, col. uterin. Dacă boala a trecut în uter şi anexe vom recurge încă la vaccino terapia anti gonococică şi în stările sub acute şi cronice care au prins ţesuturile periuterine, la vaccinul Delbet, pe lângă repaus şi antiflogistice. Durata tratamentului e mai lungă ca la bărbat, dar cu mult mai scurtă decând se dă sulfamidele odată cu tratamentul local.

La copii tratamentul nu diferă de cel aplicat la adulţi dar sulfamidele se vor da în doze de un gram până la un gram jumătate pe zi, şi numai sub strictă supraveghere.

In starea actuală găsesc absolut necesar să se facă tratamentul local odată cu ingestia de sulfamide. Cazurile vindecate numai prin ingestia de sulfamide există în număr destul de mare, dar personal nu pot recomanda dozele mari de 6—8 grame date de autorii cari au aplicat acest tratament exclusiv şi nici nu cred că controlul vindecării a fost făcut prin toate mijloacele. La femei în special controlul bacteriologic se va face examinând secreţia colului uterin şi a glandelor vulvare şi uretrale după fiecare menstruaţie timp de două-trei luni. Reamintesc aci probele de control care dau cele mai multe probabilităţi de vindecare.

1. Proba de băuturi alcoolice şi în special de bere.

2. Proba iritaţiei medicamentoase (instilaţii cu nitrat de argint 1%, ori protargol 4%).

3. Proba expresiunii glandelor, prin masagiul uretrei pe beniqué, masagiul prostatei, veziculelor seminale; glandelor lui Cowper, etc.

4. Insemănţarea spermei pe medii propice pentru gonococ.

5. Uretroscopia.

6. Injecţia de vaccin, care provoacă reacţii în focar.

7. Reacţia de fixare a complimentului, care devine negativă după câteva săptămâni dela dispariţia gonococului.

Ţin să atrag atenţia că în special ultimele produse ca: Degenan, albucid, etc., asociate cu tratamentul local, scurtează foarte mult durata boalei (10—15

zile) şi dă vindecări în proporţii de 90%.

Dacă există încă cazuri care rezistă la tratament, explicaţia ne-o dă cercetarea cuiburilor microbiene bine cunoscute de specialişti, care trebue tratate cu mijloace delicate, de care numai ei dispun.

Posologia medie a sulfamidelor, administrate ţinând socoteală de contraindicaţiile bine cunoscute ca: *anemie, afecţiuni renale şi hepatice, boalele sângelui*, e acea de 3 grame timp de 3 zile; 2 grame 3 zile; 1 gram alte 3 zile; variind-o după toleranţă.

Cu aceste doze nu am observat alte fenomene de intoxicaţie decât: *cefalee, astenie, temperatură până la 38° greaţă, vărsături, prurit* şi rar *erupţii cutanate*, fenomene care au trecut repede după suprimarea medicamentului.

Alte accidente mai grave sunt citate de diferiţi autori şi anume: *agranulocitoză; anemii grave; icter; convulsiuni*. Asocierea altor medicamente ca: *arsenic, bismut, mercur, aspirină, salicilat de sodiu, sulfat de sodiu, sulfat de magneziu*, măreşte probabilităţile apariţiei acestor accidente.

Din cele expuse rezultă că azi, cu tratamentul prin sulfamide combinat cu tratamentul local, blenoragia se termină într'un timp foarte scurt; că insuccesele întâlnite se datoresc instalării gonococului în cuiburi microbiene cunoscute sau în leziuni glandulare în care e blocat şi sulfamidele nu-i pot influenţa şi unde specialiştii îi pot distruge; că sulfamidele n'au detronat tratamentul clasic în formele acute şi cronice, dar că ele contribue ca un adjuvant folositor; că vaccino-terapia poate ajuta sulfamido-terapia prin excitaţia reacţiilor organismului; că sulfamidele sunt subtanţe toxice, care trebue mânuite cu prudenţă şi sub controlul riguros al medicului.

CHESTIUNI TERAPEUTICE DE ACTUALITATE

TRATAMENTE NOI IN ASTM

Privire analitică şi critică asupra încercărilor făcute în terapia astmului în ultimii 10 ani.

de Dr. PĂUNESCU PODEANU

Cunoştinţele în chestiunea astmului au realizat în ultimii 10 ani progrese importante. Fisiopatologia sindromului a fost mult adâncită ; numărul mijloacelor de tratament a crescut considerabil.

Dar terapeutica astmului e încă în plină frământare. Dificultatea de comportare nu o ceiază astmul uşor, cu crize ce pot fi prevenite sau jugulate uşor prin o ţigaretă antiastmatică, o fumigaţie, un piramidon, o aspirină, o cafea. Şi nici de astmul cu accese rare, benigne, cedând la adrenalină, efedrină, atropină, sau la unul din nenumăratele medicamente specializate cunoscute. Problema grea o constitue acele stări astmatice în care crizele se succed necontenit, se intrică, se suprapun, se prelungesc, lăsând chiar în remisiune, o respiraţie grea şi în care terapia comună se arată neputincioasă, nereuşind decât să uşureze sau să întrerupă sporadic paroxismele, dar nu să tae starea de rău.

Acesta e terenul pe care se dă lupta terapeutică în astm. Această stare de rău astmatic este obiectivul ei principal.

Toate căile şi ramurile terapeuticei au fost folosite. Fisioterapia, chirurgia, climatoterapia, alături de terapia medicamentoasă inhalatorie, intradermică, îşi au contribuţia lor. Numărul medicamentelor, formulelor, combinaţiilor la care s'a recurs este impresionant. Alături de ştiinţa medicală, empirismul şi întâmplarea au şi ele parte în geneza unor formule de tratament. De aceia justificarea unora e destul de relativă.

Dintre medicaţiile mai vechi, dela începutul decadei ultime, puţine s'au impus în mod deosebit.

Strasser (citat după Weissmann, Wien. kl. Wschr. No. 16—1932) a preconizat *o asociaţie de iodur de potasiu pe gură, cu injecţii de clorură de calciu şi sudaţie abundentă* prin băi de aburi sau de lumină. Metoda nu s'a dovedit de o eficacitate deosebită.

La fel cu tratamentul lituanianului Kairitukstis (citat tot după Weissmann) constând din *injecţii intramusculare de 0,5—1 cc. dintr'un amestec de benzină 10 părţi în untdelemn 30 părţi şi un anestezic*. Ar lucra influenţând favorabil sistemul reticulo-endotelial prin hidrocarburile alifatice ale benzinei. E întrebuinţat totuş cu oarecare succese în ţările nordice (Kamberis).

Girbal a obţinut în 1934 unele ameliorări, în astm, prin injecţii intravenoase de salicilat de sodiu. A încercat chiar izolarea unei varietăţi de astm reumatismal (Le Progres med. No. 19—1934 şi Rev. du Rheum. No. 2—1936).

Pseudoefedrina încercată de americani în 1934, nu a dat rezultate deosebite. (Bray şi Witts, Lancet. No. 5772—1934; Cristopherson şi Broadbent, Brit. med. Journ. No. 3830—1934). Iar *ergosterolul* a dat lui Rappaport şi Read (Journ. Amer. med. Ass. 8. VII 1933) rezultate de oarecare interes în coriza fânului, mai puţin în astm. In fine nici *gardenalul* în injecţiuni intramusculare şi chiar intravenoase, încercat mai recent de Jaquelin Joly, Bouvrain, nu a dat succese remarcabile : numai în 50% din cazuri şi numai după doze masive, (Paris Med. No. 8—1937).

In mod deosebit s'a făcut remarcat tratamentul lui Wegierko prin **şocuri insulinice**. Wegierko a remarcat că injecţiile de insulină, în cantităţi capabile de a provoca mici şocuri hipoglicemice, au un remarcabil efect sedativ asupra stărilor astmatice. Se injectează 40—50—60 unităţi şi chiar mai mult, tatonând susceptibilitatea bolnavului, până ce el are transpiraţii, foame, nelinişte, tremurături. Se opresc manifestările de hipoglicemie după 10-15 minute. Nu e nevoe să se ajungă la stare de comă sau subcomă. Efectul se arată de obiceiu dela primele injecţii: e mai bine ca o cură să dureze 10—20 zile. Rezultatele arătate de autorul metodei (Presse med. No. 7—1935), au fost confirmate de atunci de o mulţime de autori: de Frola şi Masnata (Giorn. med. Adige No. 8—1937), de Minet şi Warembourg (Paris med. No. 17—1939), de Cordonnier şi Baude (Soc. med. hop. Paris 1939), de Askanas (Jorn. Am. med. Ass. No 2406—1938), de Păunescu-Podeanu şi Carangiu (Soc. med. sp. Buc. 22.VI.1939). Sunt însă şi cazuri cari nu se influenţează prin această terapie (Goia, Gavrilă, Operan în Ginecologie-Obstetrică-Endocrinologie No. 4-1939; Păunescu-Podeanu). Şocul insulinic are o acţiune netăgăduit de favorabilă asupra echilibrului nervos şi neuro-vegetativ. O arată rezultatele bune ce s'au obţinut prin el şi în schizofrenie (metoda lui Sakel), în unele dermatoze allergice (Brühl în Deuts. med. Wschr. No. 9-1939). Are şi un efect uşor soporific şi antalgic, remarcat tot de Wegierko, precum şi un efect antiallergic general (Brühl-Kl. Wschr. 9.X.1939). Modul cum lucrează şocul insulinic este încă problematic :

Veritol

Noul **remediu al circulaţiei şi al colapsului**

Acţionează repede şi durabil,
mai puţin brusc, dar cu o durată
mai lungă decât adrenalina.

Hipotensiune · Colaps

în stările generale de epuizare,

în cursul lăuziei, convalescenţei;
în intoxicaţii, maladii infecţioase;
înaintea, în cursul şi după operaţii.

Lichid: Flacoane de 10 gr. *Fiole: Cutii de 5 bucăţi.*

Knoll A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

Eşantioane şi literatură prin:
KNOLL S. A. R.,
Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

Refacerea terenului

înainte şi după

MALADIILE INFECŢIOASE

INTOXICAŢIUNILE

la toţi astenicii

VITASCORBOL

Acid ℓ-ascorbic

(Vitamina C)

VITAMINA REFACERILOR CELULARE

CALE BUCALĂ :

COMPRIMATE dozate la 0,05 g. *(tuburi cu 20)*

CALE INTRAVENOASĂ ŞI PARENTERALĂ :

SOLUŢIE de 5 % (fiole de 1 şi 2 cc) *cutii cu 10*

SOLUŢIE de 10 % (fiole de 5 cc.) *cutii cu 3*

POSOLOGIE :

CALE BUCALĂ : COPII : 1 la 2 comprimate pro die

ADULŢI : 2 la 4 comprimate pro die

CALE PARENTERALĂ : 0,10 g. la 0,50 g. pro die

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE - specia - MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"

21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (VIIIe)

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

poate prin sărăcirea în glucoză a celulelor centrilor nervoşi.

Remarcabile sunt deasemenea efectele obţinute în tratarea astmului prin *vitamina C*, de către Hagiescu, Bazavan, Crişcota, Ciorănescu (Pr. med. 28-IX 1938). Hurst avusese înainte numai eşecuri, cu vitamina C; întrebuinţa însă cantităţi foarte mici. Epstein (din Geneva) şi Diehl o întrebuinţaseră cu succes, dar numai ca auxiliar altor mijloace şi tot în doze mici. Administrând-o intravenos şi în doze de 200-300 mgr. şi chiar 500 la nevoie şi continuate apoi 10-15 zile la 200-300 mgr. zilnic, autorii români au avut succese foarte frumoase într'un număr apreciabil de cazuri. Vitamina C îşi datoreşte bunele efecte în astm, acţiunii ei de protecţiune contra şocului (aşa cum a arătat, experimental Hochwald, Heinz-Lemke etc.). Nu are însă acţiune asupra procesului de sensibilizare.

Terapia cu aur în doze mici, recomandată de Dudan în 1931-1932 a fixat şi ea atenţia unor cercetători. Tratamentul aşa cum l'a recomandat Dudan (Schw. med. Wschr. No. 6-1931 şi No. 4-1932) cere răbdare şi perseverenţă; el constă în injecţiuni intravenoase de *thiosulfat dublu de aur şi de sodiu* în doze încet progresive de 1-5 ctgr. în sol de 1% la 4-8 zile interval la început, la 8-10-15-20-30 zile apoi. Dudan a înregistrat efecte minunate: din 20 de cazuri, 17 s'au vindecat complet, 3 s'au ameliorat considerabil. Dintre bolnavi 4 deveniseră adrenalinomani, un copil era socotit infirm din cauza astmului, iar 7 bolnavi erau incapabili să lucreze. Confirmări ale eficacităţii acestui tratament au publicat Jaquelin (Sem. hop. Paris.15.VII-1935). Caussade cu Amssler (Rev. de Med. VII.1935). Scarmountn (Teză Paris 1935). Epstein din Geneva a căpătat rezultate şi mai bune asociind acestui tratament, vitamina C (Schw. med. Wscr. No.45-1935).

Mai de curând Vignati, Shalak şi Rachenberg (Pr. med. No. 81-1938) au publicat deasemeni vindecări impresionante în 75% din cazurile lor, unele din ele foarte rebele tuturor medicaţiilor curente, prin acelaş tratament, oarecum modificat: ei fac injecţii de 0,01-0.02-0.04-0.06-0 07-08 ctgr. în interval de 3 săptămâni. Autorii ultimi atribue medicamentului nu o acţiune antibacilară, aşa cum crede promotorul metodei, ci o acţiune desensibilizantă, nespecifică dar masivă, graţie sulfului.

In ultimii ani s'au recomandat, o serie de metode care nu au încă certificate de control, suficiente.

Hochrein şi Schleicher (Kl. Wschr. No. 19-1939) au semnalat vindecări după *puncţia lombară, evacuând 10-20 cc. lichid cefalorachidian.* La majoritatea astmaticilor lichidul cefalorachidian are o tensiune crescută. Starea astmatică se îmbunătăţeşte odată cu scăderea tensiunii lichidului. Dar chiar în astmurile cu tensiunea lichidului normală, spoliaţiunea acestui lichid aduce ameliorare. Se influenţează pe lângă crize şi celelalte turburări: respiraţia scurtă, tusea, expectoraţia. Iar vindecările se menţin chiar ani de zile. Schulz a confirmat aceasta (Kf. Wschr. Nr. 29.1939). Noi am avut eşec într'un caz rebel. Spoliaţiunea lichidului cefalorachidian lucrează probabil infuenţând asupra echilibrului centrilor neurovegetativi din nevrax, întocmai ca şi şocurile.

Tot Hochrein a semnalat bune efecte după o serie de *injecţiuni intravenoase zilnice de ser glucozat hipertonic 35 % 100 cc. zilnic.* Aceasta ar lucra tot prin coborîrea tensiunii lichidului cefalorachidian.

Szour din Varşovia (Warszaw. Czasz. Lek. No. 15—16, 1939) a vindecat 40% şi a ameliorat sensibil 26% din bolnavii lui, prin *injecţiuni intravenoase de alcool*: zilnic 5—10 cc. din sol. 33% timp de 30—40 zile. Alcolul etilic ar lucra prin facultatea lui de a excita sistemul reticulo-endotelial şi de a împiedeca manifestările allergice.

Prin aceiaş acţiune asupra sistemului reticulo-endotelial se explică succesele obţinute de Zimmerli (Schw. med. Wschr. No. 50—1938) prin *injecţiuni de roşu de Congo* sol. 1%, 10 cc. zilnic intravenos (sau la 2 zile): cam 3 injecţii sunt suficiente ca să aducă ameliorări mari sau vindecări la aproximativ 75% din cazuri.

Loeper a folosit cu succes un derivat al atofanului, *cinchoninatul de litiu*, în injecţiuni intravenoase (Soc. med. hop. Paris. 17—XI—1939).

Schimmert jr. (Dtsch. med. No. 5—1940) a semnalat foloasele utilizării dozelor mici de *cupru coloidal*, iar Capani (Clin. med. ital. No. 3—4—1939) a încercat cu rezultate foarte satisfăcătoare, *prolanul:* 300 unităţi în 3 injecţii zilnice a 100 u. în prima săptămână, 200 u. în două injecţii zilnice de câte 100 u. în a doua săptămână, înfine 100 u. pe zi în cea de a treia săptămână. Din 14 cazuri, 9 vindecări depline, 5 ameliorări remarcabile.

S'au încercat în ultima vreme şi un derivat din seria benzodioxanului, anume *933 F.* produs cu acţiune simpaticolitică, utilizat mai ales în tratamentul anginei de piept. Incercările s'au făcut pe consideraţia rolului pe care îl are în astm factorul histaminic (rol mult discutat în ultima vreme de către Pasteur Vallery-Radot, Justin-Bezançon, Claude, Ungar etc.) şi pe aceia că 933 F. inhibă efectele histaminei, după cum au dovedit cercetările lui Ungar, Parrot şi Bouet (Soc. biol. 6—II—1937). Joltrain ar fi obţinut cu acest preparat unele bune efecte; Tinel însă numai rezultatele neprobante (Ann. med. prat. 1938, pp. 44—45).

Dela aceleaşi consideraţiuni asupra rolului factorului histaminic în astm au pornit şi alte cercetări: încercările de desensibilizare cu *microdoze de histamină injectate intradermic*, care i-au dat lui Lambling oarecari succese (Soc. gastro-enter. Paris. 10—I—1938) sau cu *histaminază* per os şi în injecţiuni (încercările lui Roth cu Torantil; Kl. Wschr. No. 51—1938 şi ale lui Ahlmark şi Kornerup; Kl. Wschr. 10—II—1940).

Merită semnalate încă foloasele pe care poate să le aducă *hepatoterapia.* Acţionează mai ales în astmul allergic. Moll (Brit. med. j. 3725—1932) a ameliorat 24 din 31 astmuri allergice. In astmul neallergic doar 7 ameliorări din 21 de cazuri. Hepatoterapia aduce astmaticilor substanţe antiallergice ce le lipsesc şi pe de altă parte desensibilizează organismul prin acţiunea rapidă a acizilor aminaţi uşor asimilabili din extractul de ficat de viţel. Şi Girbal şi Dreyfus (Soc. med. hop. Paris. Dec. 1939) au obţinut ameliorări prin hepatoterapie. Nouă — în schimb — hepatoterapia ne-a provocat chiar o recrudescenţă, într'un caz rebel.

Mai mult decât metodele de desensibilizare nespecifică arătate, s'au bucurat de o amplă folosire, în unele părţi ale lumii, metodele de desensibilizare specifică.

Concepţia după care astmul ar fi condiţionat de allergene respiratorii, mult cultivată în ţările anglosaxone şi în Statele-Unite, a dat naştere la o serie de metode bazate pe modificări ale aerului respirator.

Plecând dela ideia că ameliorarea astmaticilor la munte se datoreşte aerului ionizat, Landsman (Wien. Kl. Wschr. No. 45—1935) a tratat o serie de astmatici prin *aer ionizat;* 30 de şedinţe progresiv făcute, de 20—40 minute. Rezultat: 40% vindecări depline, 23% ameliorări apreciabile. Mai curând, Tijewscki din Moscova (Acta med. Scand. No. 4—5, 1939) a obţinut vindecări sau ameliorări mari în 83% din cazuri prin aeroionizare realizată artificial cu puternice maşini electrostatice. (încercările s'au făcut mai bine de 1600 de bolnavi). Şedinţe de către 15—20 de minute. Vindecări rapide şi durabile, cu schimbarea formulei umorale, dispariţia elementelor caracteristice din spută, ameliorarea respiraţiei, chiar la bolnavi insensibili la celelalte mijloace.

Rappaport, Nelson şi Welker (Journ.

Am. med. Ass. No. 18—1933) au vindecat astmuri rebele prin *aer filtrat*. Un aparat debitând aer filtrat (există în America diferite tipuri) e aşezat noaptea la patul bolnavului. Nu e nevoe să se închidă ermetic odaia, debitul aparatului asigurând puritatea aerului cu toată circulaţia continuă a lui. Rezultatele sunt destul de bune în astm, dar sunt şi mai bune în coriza fânului.

Realizarea camerelor fără allergene constitue un pas în plus în sensul acesta. Curschmann (Fschr. Therap. No. 11—1938) consideră acest mijloc drept unul din cele mai eficace. In 3—4 zile astmaticii scapă de crize. E — firesţe — un tratament pretenţios şi costisitor, dar mult binefăcător.

In această direcţie realizarea lui Gehrke la Berlin este încă şi mai avansată; e aproape sensaţională. Plecând dela observaţia că deseori pulmonarii, bacilari sau astmatici, se vindecă în atmosfera deşertului, profesorul Gehrke a cercetat cauza şi a reuşit să izoleze din nisipul şi praful atmosferic al Saharei o substanţă (ţinută secret), care influenţează admirabil baciloza pulmonară şi astmul. A găsit această substanţă şi în atmosfera dela Davos. Intr'un institut propriu din Berlin *(Gehrkeschen Heilklima-Institut für Lungenkranke)* el aplică acum metoda inhalaţiunilor de aer conţinând această substanţă şi obţine bune rezultate, se pare (Tuberkulose Blatt No. 1, 1937).

Şi metodele de sensibilizare şi de vaccinare parenterală, au fost mult puse la încercare. Extractele de polen, extactele alimentare, au fost şi sunt folosite cu rezultate diferite, ca şi substanţele antişoc nespecifice: hiposulfitul de sodiu, clorurul de calciu, autohemoterapia. S'a întrebuinţat de unii autori şi *substanţa lui Oriel*, substanţă antişoc izolată din urina allergicilor (Cruciani, Semana medica No. 45, 1938). Tot în scop de desensibilizare Jaquelin (Soc. med. hop. Paris 12.IV.1933 şi Pr. med. 14.II.1934) a încercat *autoseroterapia prin mucoasa pituitară*. Efecte bune doar în 45% din cazuri.

Desensibilizarea şi imunizarea vaccinală are şi ea adepţii ei credincioşi încă. *Tuberculina*, injectată în soluţii foarte diluate nu a dat rezultate prea satisfăcătoare lui Maxwelle (Brit. med. journ. No. 3756, 1932), în timp ce, aplicată în largi cutireacţiuni de Ponndorf, a dat uneori rezultate apreciabile. Ar lucra ca un mijloc de desensibilizare specifică. S'au relevat succese încurajatoare cu unele *vaccinuri mixte, preparate din flora nasului şi bronşiilor astmaticilor*, asociate sau nu altor medicamente şi aplicate prin scarificaţie (Friedlaender, Ars. med. No. 6, 1937; Rochade, Münch. med. Wschr. No. 21, 1939). Iar Berthe Fournier a vindecat 50 din 60 de astmatici printr'o *vaccinaţie intradermică cu un vaccin din flora rhino-faringee* (Journ. Therap. 14, II, 1934). *Autovaccinurile* au deasemenea sprijinitori. Frola (Rif. med. No. 2, 1932), Kamberis (Ars. med. No. 4, 1939) au publicat rezultate încurajatoare. Şi noi am avut unele rezultate bune, dar nu definitive. Wild din Jugoslavia (Ars med. No. 1, 1939) aplică o metodă personală de *vaccinaţie chiar cu spută proprie:* se fac injecţii la 2 zile, subcutan, cu 0,1—0,2—0,3—1 cc. dintr'un amestec de 5 cc spută, 5 cc glicerină, 0,05 Yatren şi 3 picături de ac. carbolic, bine omogenizate. Vindecările, spune autorul, vin rapid.

Piretoterapia sub toate formele acţionează favorabil asupra astmului (Feinberg, Osborne, Steinberg, Journ. Am. med. Ass. No. 19.XI.1932). Tot aşa *şocurile* de tot felul, care şi ele au găsit o aplicare destul de întinsă în astm. Beiglböck (Wien. kl. Wcht. No. 44, 1938) foloseşte în cazurile severe de astm, injecţiile cu *oleu sulfurat 4%*. Pe lângă acestea, Tereza Malamud (Pr. med. Argent. No. 3, 1938) mai uzează de *vaccinul antitific* şi de o soluţie de *peptonă 4% intravenos*, şi pretinde că are mai totdeauna foarte bune rezultate. Lipkin şi Brauner (Med. World No. 24, 1939) au avut 78% rezultate excelente, 18% satisfăcătoare cu 1—2 injecţii dintr'un vaccin preparat din saprofiţi intestinali, bine dozat, anume *Pyrifer*. (Ar putea fi vorba chiar de o acţiune specifică, admiţând concepţia lui Bettremieux, care crede în amestecul colibacilului în determinismul astmului). Iar Constanzi (Pr. med. 24.XII.1934) a vindecat un caz rebel de astm prin *malarioterapie*.

E probabil că în acelaş mod lucrează *abcesul de fixaţie* recomandat de Pic, Delore, Lacroix (J. med. Lyon Nr. 319—1933) : prin şoc, piretoterapie ; în plus prin derivaţie leucocitară. Şi Malamud (op. cit.) a avut unele rezultate prin această metodă.

In cadrul asthmoterapiei sunt de menţionat unele noţiuni demne de cunoscut.

Levingstone şi Gipsie au adăugat tratamentului desensibilizant şi corectiv pentru defectele reflexogene, *exerciţii respiratorii*, constând în inspiraţii scurte pe nas, urmate de expiaţii profunde, încete pe gură, cu sgomot, ca în acces (Lancet No. 5848, 1935). Şi au semnalat o bună influenţă a acestor exerciţii, care relaxează muşchii contracturaţi. Despre bunele efecte ale exerciţiilor respiratorii au mai scris recent Fischer din Bonn (Zbl. f. inn. Med. No. 23, 1928) şi Kamberis din Kaunas (Ars med. No. 4, 1939). Lohfeld (Dtsch. med. Wschr. No. 49, 1935) a descris importante ameliorări căpătate prin *exerciţii vocale repetate* de mai multe ori pe zi, cu emisiunea de preferinţă a tonurilor înalte.

Inhalaţiile de adrenalină, preconizate odinioară de Ephraim, au dat lui Nielsen bune rezultate (Lancet No. 5902, 1936), dar cu 2 condiţiuni: soluţie 10% de adrenalină (cele slabe sunt de o eficacitate inconstantă) şi inspiraţii profunde pentru ca medicamentul să ajungă până la bronşiile cele mai fine. Efectul este rapid, complet şi fără turburări conexe, chiar dacă doza inhalată depăşeşte 2 mgr. La fel de satisfăcătoare rezultate au publicat mai de curând Sittig (Kl. Wschr. No. 48, 1938) apoi Graeser (Journ. Am. med. Ass. No. 13, 1939). Ultimul a obţinut bune rezultate *şi cu cocaină 1%;* în schimb cu efedrina 10% a avut numai insuccese.

Valoarea *regimului cetogen*, recomandat în 1930 de Tiefensee, a fost supusă verificării de către Julesz (Wien. kl. Wschr. No. 9, 1932) şi de către Montagnini (Min. med. Nr. 25, 1934). S'a confirmat influenţa favorabilă a acestui regim, care răreşte crizele şi le face mai uşoare (deşi concepţia după care accesul ar fi condiţionat de alcaloza sanghină este greşită, cum a arătat Montagnini).

Terapia prin electricitate nu are contribuţiuni de seamă. Rezultate demne de atenţie, prin terapia cu *unde scurte* au publicat Francois la copii, Meyer la adulţi (Soc. Ther. Paris 1938); iar Hernamann a relevat bune efecte prin *radioterapia mediastinului*, vechea metodă a lui Schilling (Ars med. No. 1, 1939). Delherm aplică *radioterapia mixtă:* mediastin+splină (J. de Radiol, juin 1935).

Deşi nici ele nu dau o deslegare problemei, mai demne de relevat sunt încercările chirurgiei. Moll a arătat (Brit. med. Journ. 3841, 1934) că 50% din astmurile neallergice se vindecă sau se ameliorează enorm *în urma operaţieei cornetelor hipertrofiate sau a sinusurilor hiperplaziate*. Cooke şi Grove (Arch. int. med. No. 4, 1935) dau un procent şi mai mare de vindecări (70—80%) după *operaţia sinusurilor*. După aceşti autori infecţiunile sinusurilor ar juca rolul esenţial în determinismul astmului, acesta fiind privit ca o reacţiune allergică faţă de bacteriile sinusurilor şi toxinele lor.

In chirurgia simpaticului, *stellectomia* preconizată de Leriche ocupă azi locul de frunte. Leriche a vindecat 7 din cei 12 bolnavi operaţi. Rezultate bune în unele cazuri au mai publicat Godard (Pr. med. 31.VII.1935), Inghelbrightsen etc. Stellectomia ar avea şi acţiuni mai profunde prin aceia că ganglionul stelat conţine şi fibre histaminergice, după cum a arătat în teza lui, Brincourt (Paris 1937). Ope-

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Omnadin

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului.

Omnadin este admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

Pentru antisepsia bucală şi faringială

PASTILE DE

Revasa

Cutie cu 20 pastile

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu, 53. Tel. 3.92.86.

ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

raţia lui Danielopolu se mai bucură încă de oarecare favoare (simpatectomia cervicală, respectând ganglionul cervical inferior), în timp ce vechile operaţiuni ale lui Kümmel (extirparea întregului lanţ simpatic cervical stâng) şi Kappis (secţiunea vagului drept), par să fi căzut în uitare. O contribuţiune la terapia nesângerândă pe cale simpatică a adus-o Levin (Lancet No. 5788, 1934) făcând suprimarea funcţională a simpaticului pulmonar prin injecţii perisimpatice dorsale cu alcool absolut. Se injectează în mai multe rânduri câte 2—3 cc alcool absolut la nivelul spaţiilor IV, V, VI, intercostale, în spate. Prin acest mijloc a obţinut vindecări în 75% din cazuri.

Foloasele crenoterapiei în astm, apreciate de multă vreme pe criterii pur clinice, au fost relevate în mod experimental de către Villaret şi Justin-Bezancon (Paris med. No. 31, 1930). S'a dovedit net acţiunea bronchorelaxantă şi bronchodilatatoare a apelor dela Mont-Dore, Bourboule, Saint-Honoré.

Inventarierea de mai sus, poate puţin obositoare, arată limpede efortul din ultimii ani ai terapeuticei în domeniul astmului. Numărul mare al mijloacelor încercate şi reînoirea lor continuă, dovedeşte că terapia acestui sindrom nu are încă o soluţie definitivă.

Din nenumăratele mijloace propuse, multe nu au reuşit să atragă suficient atenţia, altele nu au găsit ecou sau nu au corespuns. Sunt apoi metode, din cele arătate, care nu au încă verificarea cercetătorilor şi a timpului.

Experienţa noastră ne-a ataşat cu deosebire de şocul insulinic, care — deşi nu în mod constant — ne-a dat rezultate destul de suprinzătoare, uneori în cazuri absolut rebele la celelalte mijloace (v. Bull. Soc. med. hop. Buc. No. 7, 1939 şi Ann. therap. 1939, p. 9). Dintre celelalte mijloace, mai des autovaccinul ne-a dat succese. Şi ne-am mai făcut convingerea că mai întotdeauna piretoterapia bine aplicată influenţează favorabil asupra astmului.

In starea de azi a lucrurilor, tratamentul astmului nu poate fi închis într'o formulă unică. Fisio-patologia lui complexă şi variată dela caz la caz, justifică acest lucru. Aplicarea tratamentului cere discriminare, individualizare şi adeseori multe răbdătoare încercări. Cum însă progresele cunoştinţelor şi realizările din ultima vreme pun la dispoziţia medicului resurse multiple şi evoluate, succesele sunt din ce în ce mai întinse. Şi este de sperat că într'o bună zi astmul, sindrom funcţional vegetativ paroxistic, va putea fi stăpânit în mod eficace şi sigur.

MEDICINA MILITARA

Observaţiuni şi sugestiuni după o concentrare

de **Dr. I. PAVEL**

Fără îndoială o concentrare fie ea şi numai de 60 de zile nu este un lucru agreabil pentru un medic civil. La depresiunea morală ce a fost inevitabilă după concentrări făcute pentru apărarea hotarelor, care apoi s'au abandonat fără luptă, se adaugă diferenţa constatată zilnic între metodele medicinei civile şi disciplina celei militare.

De la medicina de oraş, oarecum boerească până la «realităţile sociale» care vin «în serie» cu fiecare contingent de rezervişti concentraţi şi pe care trebue să le rezolvi «în viteză» este fără îndoială o mare deosebire. Trebue deasemenea un efort, neobişnuit pentru civil, să lupţi cu lipsa mijloacelor necesare şi uneori cu inerţia. Să găseasca — spre exemplu — energia ca timp de 2 luni să ceară şi receară schimbarea (aprobată în principiu şi în formă unui local de infirmerie recunoscut impropriu, schimbare care în ciuda aprobărilor şi ordinelor este mereu amânată.

Dacă în faţa acestei situaţiuni sau alteia analogă găseşti forţa şi supleţea să te acomodezi utilului situaţiei, o concentrare este o şcoală necesară.

Trebue în adevăr supleţe ca să treci dela medicina civilă, lipsită de forme la un formalism scriptic, dela o medicină de lungă observaţie cu un diagnostic pus pe îndelete la un bolnav care vine la medic fără rezerve mintale, la medicina militară unde diagnosticul trebue pus bine sau cât mai bine şi repede sau cât mai repede, la un bolnav care pe deasupra uneori, nici nu vrea să te ajute, ci să te încurce.

Formalismul condicilor şi adreselor este prima contrarietate pentru civilul concentrat. Condici de consultaţie, de internare, de concedii, bilete de intrare în spital, adrese la unităţi pentru a încunoştiinţa de reţinerea la infirmerie, sau internare în spital, concedii, reformă etc.

Mărturisesc că nici eu nu le-am priceput utilitatea şi aşi fi făcut cor cu alţi rezervişti, dacă într'o zi n'aşi fi primit o adresă în care mi se cerea să răspund în 48 de ore despre situaţia a 22 de oameni daţi la unitate ca internaţi la spital. Am constatat atunci că pe un circuit bine jalonat: escadron, infirmerie, spital, infirmerie, escadron există nenumărate posibilităţi de «rătăcire». Imediat confruntările de condici au arătat că 2 plecaţi dela escadron nu ajunseseră la infirmerie, unul plecat dela infirmerie nu ajunsese în spital şi că alţi 5 care părăsiseră spitalul ar fi trebuit să ajungă demult înapoi la escadron. Asta face în total de 8 dezertori plus convingerea subsemnatului că nici una din condicele infirmeriei şi adresele pe care le semnalăm zilnic nu erau de prisos!

Alături de formalismul scriptic ceiace contrariază mai mult pe medicul civil concentrat aşa cum mi-am putut da seama, este contactul cu comisiunile medicale de reformă, clasare sau concedii. Diagnosticul şi mai ales propunerea medicului rezervist este des contrazisă de aceasta. Personal am fost agreabil surprins de activitate a comisiei. Dacă ţinem seama că ea trebue să lupte cu timpul limitat, cu răspunderile mari, cu influenţa laterală de toate felurile, trebue să constat că cel puţin comisiile, cu care a avut de a face unitatea mea, sunt mai presus de laude. Aprecierea infirmităţii fizice, aprecierea tarelor interne, alături de prescripţiile rigide ale regulamentelor, de suvenirul unor infinite maniere de a eluda serviciul militar sau a obţine concedii, formează o reţea din care rămâi surprins cu câtă adresă reuşeau să se degajeze medicii din comisie şi să dea un verdict pe care continu a trebui, deşi prevenit de contrariul, să constat că era cel mai bun. Desigur se putea zice că un concediu de 30 de zile ar fi putut fi de 60 de zile sau numai de 15, dar cel puţin pentru cele prea scurte există totdeauna posibilitatea reînoirei şi consolarea verificată de noi, că lungi sau scurte, concediile nu sunt totdeauna întrebuinţate în folosul bolnavului.

Există la aceste comisii marea problemă a diagnosticului tuberculozei sau mai bine zis a aprecierei activităţei unei tuberculoze mai totdeauna controversată. Dar în condiţiile de azi chestiunea este aproape insolubilă, nu numai la noi, ci pretutindeni (vezi ancheta din Germania din Med. Klinik 1940 Nr. 36, 37, 38). La noi ea se dublează de capacitatea insuficientă a serviciilor de medicină internă militară.

In adevăr, chiar pentru diagnosticul unei tuberculoze deschise ospitalizarea e adeseori necesară. Pentru a diagnostica însă activitatea unui proces tuberculos incipient nedeschis, internarea este indispensasilă. In acest caz toate examenele nu valorează izolat cât valorează o observaţie în timp

Utilizarea în acest scop a serviciilor spitaliceşti civile pentru diagnosticul tuberculozei la care ne-am putut gândi ar putea da naştere la

fraude. Supravegherea contra ei este uneori foarte grea chiar în spitalele militare. Pe când eram la Paris am fost suprins de confidența unui gazat cu procent mare de pensie militară, care mi-a spus că a reușit să o capete fiindcă a schimbat sputa cu a unui tuberculos. Acum câțiva ani în clientela privată, după examinarea unui bolnav și pe când îi parcurgeam dosarul de analize și radiografii, am dat peste una cu o lobită tbc. Cum examenul nu-mi arătase nimic la plămâni, am rugat pe bolnav să se desbrace din nou. Acesta, cu un surâs confidențial, mi-a spus atunci că era o radiografie care i-a servit la reformă.

Este deci fără îndoială că, în lipsa ospitalizărei și observărei suficiente, cea mai mare fraudă sau eroare diagnostică, se poate face cu tuberculoza. Trebue deci să înțelegi scrupulele și uneori severitatea verdictului comisiei, când ai văzut cerându-se concediu peste concediu pentru frecături pleurale sau pentru o pleurezie în antecedente. Iar dacă vezi retrimes la trupă un tuberculos veritabil, dar discret ca exteriorizare semiologică, deși poate la un examen atent și repetat s'ar fi putut găsi chiar bacili în spută, nu putem dori și cere decât posibilități de ospitalizare extinse, care să dispenseze comisia de erori, care în acest domeniu sunt fatale.

Dacă colaborarea cu serviciile de medicină internă pentru depistarea tuberculozei este dificilă, colaborarea cu serviciile de chirurgie civilă este posibilă și absolut necesară. Există o supraîncărcare a serviciilor de chirurgie militară care sunt obligate spre exemplu să refuze operația pentru herniile, care nu sunt prea voluminoase sau prea dureroase, sau apendicite care nu sunt prea acute etc. Ar trebui reluat sistemul practicat înainte de războiul 1916—1918 când se trimeteau periodic câte un număr de 10 asemenea soldați în serviciul lui Toma Ionescu și care apoi după 8—10 zile se întorceau vindecați la Spitalul militar.

Colaborarea cu spitalele civile trebue strânsă mai ales atunci când se admit concedii pentru tratament. Actualmente un asemenea concediu este ineficace în imensa majoritate a cazurilor și nu se prevede nici o sancțiune când e irosit. Un debil sau un presupus impregnat tuberculos lăsat în concediu, nu se întoarce niciodată ameliorat, fiindcă nu știe sau nu poate să urmeze un tratament sau un regim de întremare.

Profesorul Tomescu făcea cu just cuvânt remarca că un soldat cu sifilis nervos primește în organizația militară actuală un concediu de tratament, în loc să fie internat obligator, mai ales când e din o anumită clasă socială, într'un serviciu de specialitate civil.

Paludismul este o boală frecventă la noi în țară. Aforism de a cărui gravitate și extindere nu ne putem da seama decât văzând-o pe teren: în speță la trupă în vara aceasta. Există un mare efort de combatere: multă chinină, atebrină și plasmochin plus circulări, modalități de întrebuințare etc. Totuși mult paludism, multă splenomegalie! Și aci este ceva de îndreptat.

Toți bolnavii pe care am avut ocazia să-i observ și tratez, au fost foarte sensibili la tratamentul cu chinină deși după spusa lor sufereau de săptămâni și luaseră deja chinină. Trebue deci să admitem că există foarte probabil în tratament lacune de ordinul acesta: a) Bolnavul nu ia chinina care i se dă și deci trebue administrată în prezența sanitarului sau superiorului; b) Bolnavul ia cantitate insuficientă zilnic; c) Nu se dă bolnavului chinină veritabilă; d) Bolnavul tratat până în perioada afebrilă este liberat din spital a 3-a sau a 4-a zi pentru tratament la corp, dar fără vreo indicație despre ce tratament a urmat sau ce-i rămâne încă de făcut. Și, ceiace e mai grav, pleacă fără să i se dea comprimatele necesare pentru zilele ce va pierde pe drum sau chiar la unitate până să ajungă să fie văzut de medic.

Tratamentul sifilisului suferă de aceiași ataxie. Câteva injecții la un spital militar sau la infirmerie, apoi schimbarea de unitate sau te miri ce deplasare după 3—4 injecții despre care soldatul niciodată nu știe prea bine nici numărul, nici mai ales cu ce i-au fost făcute. Se irosește astfel unele medicamente (neosalvarasanul nu se dă decât la spitalele militare unde mai niciodată nu este timp pentru un tratament complect) și se dă iluzia culpabilă soldatului de a fi făcut un tratament.

Pentru sifilis, pentru paludism este absolut necesară introducerea unei fișe (de carton!) cu indicația stadiului tratamentului. Soldatul păstrează cu sfințenie actele militare așa că nu trebue să existe teama rătăcirei. O sigură precauție: pe ordinul de deplasare ar trebui introdus un semn convențional (o linie roșie de ex.) pentru soldații în curs de tratament care să însemne că ori unde s'ar duce trebue să se prezinte imediat la infirmerie.

Medicina militară trebue utilizată în opera de depistare a bolilor sociale. sau a infirmităților vindecabile sau ameliorabile.

Nu se știe de ajuns că ea este organul cel mai perfect în organizația actuală, pentru depistarea omului sănătos. Toți indivizii de sex masculin din țară trec prin fața medicilor militari.

Rebutul examenului lor constitue tocmai depistarea bolilor sau infirmităților sociale și în organizația actuală aportul acesta este neglijat. «Utilizarea» acestui rebut s'ar putea foarte bine face prin complectarea unei fișe la examenul medical făcut la recrutare, ce s'ar remite apoi organizațiilor sanitare civile. Câteva exemple vor ilustra importanța utilizărei «rebutului»:

a) Tuberculoză deschisă: internare în Sanatoriu. Ancheta socială în familie. Dacă aceste măsuri nu sunt posibile azi, fișa va trebui trimeasă medicului de județ care prin organele în subordine: îl va izola într'unul din spitalele din județ, sau în lipsa locurilor va semnala cazul medicului de plasă, care de câte ori va avea drum prin comună se va opri pentru un sfat de igienă suplimentară sau repetată. Sau, în fine, se a semnala cazul prin viitoarea casă comunală legionară profesorului preotului sau șefului legionar din comună, spre atenție și, poate, pentru izolarea copiilor și vecinilor.

b) Varice mari cu ulcerație și edem. Astăzi acești bolnavi sunt reformați pentru incapacitate de serviciu militar și întorși la vatră sunt incapibili să presteze un serviciu. Precum mi-am dat seama în această concentrare cazurile sunt mai frecvente de cât putem bănui. Din punct de vedere militar și social trebue să le fie aplicat tratamentul cu injecții sclerozante, fie în servicii specializate (în București există unul) fie tratați în serviciile spitalicești cele mai apropiate de locuința pacienților, după indicațiile date de medicii specialiști. Tratament ambulator și foarte bine suportat, el poate să nu fie durabil sau suficient în cazurile foarte desvoltate cum am văzut că există în mediu concentraților de la țară. Vom recurge atunci la internare fie pentru novocainizarea arterei femorale după technica Cureleanu și Florian, fie pentru secțiunea cu rezecție a unei porțiuni din safenă aproape de vărsare în femurală așa cum propun medicii americani.

Am luat numai 2 exemple, dar ele pot fi extinse cu adaptări, pentru restul bolilor sociale și a infirmităților ameliorabile.

In acest mod s'ar arunca punți solide între medicina militară și medicina socială sau civilă, care prea adeseori și fără motiv valabil, se ignorează sau se disprețuiesc reciproc.

ORGANIZAREA ŞI FUNCŢIONAREA „COLEGIULUI MEDICILOR" IN ROMÂNIA

D. general I. Antonescu, Conducătorul Statului şi preşedintele Consiliului de miniştri, a semnat următorul decret-lege pentru organizarea şi funcţionarea «Colegiului medicilor».

ART. 1. — Colegiul medicilor este organul oficial care reprezintă interesele profesionale medicale, asigură propăşirea şi disciplina acestei profesiuni, în cadrul Statului Naţional Legionar, în armonie cu interesele superioare ale Naţiunei Române.

Colegiul medicilor este persoană juridică de drept public şi cuprinde pe toţi doctorii în medicină şi chirurgie de origină etnică şi religie prevăzute de art. 3, domiciliaţi în ţară şi autorizaţi să practice profesiunea medicală; ei sunt obligaţi a se înscrie în Colegiu.

Sunt obligaţi să se înscrie în Colegiu şi medicii funcţionari publici de religie şi etnicitate prev. de art. 3 chiar dacă prin legile lor organice sunt opriţi de a face clientelă particulară.

CAPITOLUL I

Atribuţiuni

ART. 2. — Colegiul Medicilor are ca atribuţiuni principale:

a) de a veghea la aplicarea legilor şi regulamentelor care organizează şi reglementează exerciţiul profesiunei, precum şi la respectarea principiilor de deontologie medicală;

b) de a sprijini orice acţiune de ridicare şi de progres al culturii medicale;

c) de a stabili norme pentru reglementarea onorariilor şi de a fixa minimum de retribuţiune pentru medicii care sunt angajaţi la instituţiuni particulare;

d) de a arbitra la cererea simultană a părţilor diferendele dintre medici şi instituţiunile particulare;

e) de a creia şi sprijini instituţiuni de prevedere şi asistenţă pentru medici şi familiile lor;

f) a colabora cu autorităţile de resort la rezolvarea problemelor sanitare în care are competenţa technică.

CAPITOLUL III

Inscrierile în Colegiu

ART. 3. — Pentru a fi înscris în Colegiul medicilor, se cere acestora următoarele condiţiuni:

a) să fie de origină etnică română sau origină ariană, maghiară, turcă;

b) să fie de cetăţenie română şi religie creştină sau mahometană;

c) să aibă exerciţiul drepturilor civile;

d) să posede diplome de doctor în medicină şi chirurgie şi autorizaţia de liberă practică eliberată de autoritatea în drept;

e) să nu se găsească în vre-unul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate, prevăzute în prezentul Decret- Lege.

ART. 4. — Inscrierea se face la sediul secţiunei judeţene a Colegiului unde solicitantul îşi va exercita profesiunea.

Comitetul judeţean primind cererea de înscriere este obligat a o rezolva în cel mult 15 zile.

Deciziunile vor fi afişate la sediul Colegiului şi se vor comunica individual prin scrisoare recomandată, celor interesaţi.

Contestaţiunile la înscriere şi apelurile contra deciziunilor Comitetului judeţean vor fi făcute în termen de 10 zile libere de la afişare la Colegiu în caz de contestaţie, sau de la comunicare în caz de apel. Contestaţiile şi apelurile se depun la Colegiul judeţean.

Apelurile şi constestaţiile, împreună cu dosarele respective se vor înainta în cel mult 15 zile de la depunerea lor în termenul din aliniatul precedent, comitetului executiv al Consiliului Superior.

Hotărîrile comitetului executiv sunt definitive şi executorii şi vor fi date în termen de 15 zile de la fixarea termenului de judecată.

Ele vor fi motivate şi se vor putea ataca cu recurs la Inalta Curte de Casaţie, care va judeca de urgenţă.

După casare Inalta Curte va judeca şi în fond.

In caz de nerezolvare a cererilor, contestaţiilor sau apelurilor, de către Comitetul judeţean sau Comitetul Executiv, în termenele prevăzute mai sus, cei interesaţi vor avea dreptul să se adapteze imediat instanţei direct superioare, care va judeca în apel sau recurs, după cazuri pronunţându-se asupra însuşi fondului.

CAPITOLUL III

Incompatibilităţi şi nedemnităţi

ART. 5. — Exerciţiul profesiunii de medic este incompatibil cu:

a) profesiunea de comerciant;

b) profesiunea de farmacist;

c) orice profesiune de natură a aduce o ştirbire demnităţii profesionale de medic;

d) faptul de a fi afiliat unei societăţi masonice;

e) faptul de a se fi căsătorit cu o evreică sau evreu de la punerea în aplicare a acestei legi.

ART. 6. — Sunt nedemni de a practica profesiunea cei condamnaţi la pedepse ca autori sau complici, pentru delicte şi crime care atrag după sine degradarea civilă sau interdicţia corecţională, precum şi infractorii la Codul Justiţiei miltare, în timp de pace, concentrări sau războiu, cu excepţia celor condamnaţi pentru delicte politice.

CAPITOLUL IV

Drepturile şi obligaţiunile membrilor

ART. 7. — Numai doctorii în medicină şi chirurgie de origină etnică şi religie prevăzute în art. 3, civil sau militar, având dreptul de liberă practică, potrivit legilor în vigoare şi înscrişi în Colegiul medicilor români, vor putea exercita profesiunea medicală îngrijând în particular, spitale sau sanatorii creştine sau turceşti, numai bolnavi creştini şi de origină etnică română sau ariană şi bolnavi turci; excepţional vor putea da îngrijiri bolnavilor evrei în cazuri de urgenţă.

Contravenienţii la dispoziţiunile de mai sus, afară de sancţiunile prevăzute de legile speciale, vor fi pedepsiţi conform art. 589 din codul penal.

ART. 8. — Membrii Colegiului Medicilor, se bucură de toate drepturile şi prerogativele conferite medicilor prin legile şi regulamentele de organizare a profesiunii medicale.

Ei vor avea o carte profesională şi vor purta o insignă, după un model unic pe ţară fixat de Comitetul Executiv.

ART. 9. — Membrii Colegiului Medicilor români sunt obligaţi:

a) să se conformeze prezentei legi şi regulamentelor în vigoare;

b) să se supună deciziunilor organelor legale stabilite prin legea de faţă;

c) să observe în orice împrejurare regulile de disciplină şi de colegialitate profesională;

d) să achite regulat cotizaţiile stabilite de organele Colegiului, precum şi prima de asigurare stabilită prin legea creerei Casei de Credit, Ajutor şi Pensiuni a Corpului Medical.

e) să prescrie medicamente numai pe reţete cu «en tete» şi cu timbrul sec al Colegiului judeţean respectiv fără să să facă deosebire între medicamente cu sau fără stupefiante; pentru această stampilare se va percepe o taxă ce se va stabili prin legea Casei de Credit, Ajutor şi Pensiuni.

f) să achite o cotă de asigurare lunară şi proporţională cu veniturile medicului şi care se va stabili prin Legea Casei de Credit, Ajutor şi Pensiuni.

g) medicii chirurgi sau de specialităţi chirurgicale vor achita un procent din onorariul operaţiunilor executate

în Sanatoriile particulare şi care se va stabili prin Legea Casei de Credit, Ajutor şi Pensiuni.

Toate sumele vărsate la punctele e, f, g, se vor vărsa Casei de Credit, Ajutor şi Pensiuni a medicilor români, care va fi una singură pe ţară şi cu sediul în Bucureşti şi care se va creia prin lege specială;

h) să exercite în mod obişnuit profesiunea lor numai în localitatea unde îşi au domiciliul real.

Se exceptează medicii balneologi în staţiunile balneare, climaterice şi cazurile de consult medical.

CAPITOLUL V

Organizarea

SECŢIUNEA I

Dispoziţiuni generale

ART. 10. — Colegiul medicilor este împărţit şi organizat pe judeţe.

Toţi medicii de etnicitate şi religie prev. de art. 3 cu dreptul de liberă practică în cuprinsul unui judeţ, înscrişi în Colegiu, alcătueşte secţiunea judeţeană respectivă, cu sediul în capitala judeţului.

ART. 11. — Pentru coordonarea activităţii secţiunilor judeţene, unitatea de conducere şi exercitarea atribuţiunilor de for apelativ, Colegiul medicilor are organizarea centrală al cărei sediu este în capitala ţării.

SECŢIUNEA II

Organe regionale

ART. 12. — Organele de conducere a administraţiei, control şi disciplină ale secţiunei judeţene sunt:

a) Adunarea Generală;

b) Comitetul Judeţean;

c) Comisia de Disciplină;

d) Comisia de Control Financiar;

ART. 13. — Adunarea generală se compune din totalitatea membrilor secţiunei respective.

Ea se întruneşte odată pe an în sesiune ordinară în cursul lunei Septembrie şi în sesiune extraordinară, ori de câte ori nevoia va cere, la convocarea preşedintelui secţiunei sau locţiitorului său.

Membrii vor fi înştiinţaţi, cu 10 zile înainte de data adunării, prin ziare şi anunţ la sediul respectiv.

Pentru sesiuni extraordinare, termenul de mai sus se poate reduce la 3 zile.

Ea este legal constituită dacă la prima convocare vor fi prezenţi jumătate plus unul din membrii cari compun secţiunea.

In caz că nu s'ar întruni acest număr, o a doua Adunare Generală se va ţine fără vre-o altă convocare în a şaptea zi dela data celei precedente şi va fi valabil constituită cu orice număr de membri prezenţi.

ART. 14. — Adunarea Generală are următoarele atribuţiuni:

a) alege din sânul său prin vot pe faţă şi majoritate absolută, sau prin aclamaţii, în cazul când este o listă unică, comitetul judeţean, care numeşte apoi pe membrii Comisiunii dsciplinare şi membrii Comisiunii de control.

b) examinează darea de seamă prezentată de Comitet şi aprobă gestiunea financiară a acestuia, dând descărcarea cuvenită.

ART. 15. — Comitetul judeţean se compune dintr'un preşedinte şi un număr de doi membri şi un supleant, iar în judeţele cu capitale municipii, dintr'un preşedinte, patru membri şi doi supleanţi, toţi aleşi de Adunarea generală pe timp de 3 ani.

Dintre aceştia cel puţin preşedintele şi un membru, vor fi aleşi dintre medicii domiciliaţi în capitala judeţului, iar pentru judeţele cu capitale municipii cel puţin preşedinteie şi doi membri.

ART. 16. — Comitetul are următoarele atribuţiuni:

a) primeşte şi rezolvă cererile de înscriere şi de transferare dintr'o secţiune în alta;

b) întocmeşte tabloul membrilor secţiunei şi-l ţine la curent; şterge din controale numele celor decedaţi sau celor cari au pierdut dreptul de a profesa, aducând la cunoştinţa Comitetului Executiv al Colegiului schimbările survenite;

c) exercită controlul practicei medicale în cuprinsul judeţului şi veghează la păstrarea prestigiului profesional, luând măsurile ce va crede de cuviinţă;

d) administrează bunurile Colegiului date în folosinţa secţiunei judeţene, întocmeşte bugetul şi-l execută conform aprobării forurilor superioare;

e) aduce la îndeplinire deciziunile Consiliului Superior al Colegiului;

f) formulează propuneri în chestiunile care interesează bunul mers al profesiunei şi le înaintează spre examinare şi deciziune Consiliului Superior.

ART. 17. — Comitetul se întruneşte în mod obligatoriu odată pe lună, şi ori de câte ori preşedintele o cere.

Prezenţa la aceste întruniri este obligatorie şi onorifică pentru toţi membrii Comitetului judeţean; pentru membri care nu domiciliază în capitala judeţului, se pot acorda spese de deplasare.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenţi.

Votul preşedintelui este decisiv în caz de paritate.

ART. 18. — Membrii Comitetului care vor lipsi nejustificat de la trei şedinţe consecutive, vor fi consideraţi ca demisionaţi.

Vacanţele produse în orice mod în Comitet, se vor complecta de acesta, pentru restul timpului cât durează mandatul, cu membri supleanţi, cooptând în locul acestora şi sub rezerva ratificării de către prima adunare generală convocată special, alţi supleanţi dintre membrii Colegiului.

ART. 19. — Gestiunile secţiunilor Colegiului, se fac după normele stabilite de Consiliul Superior şi Comitetul Executiv.

Controlul financiar se va executa de Comisia de Control Financiar, compusă din doi membri şi un supleant, numiţi de Comitetul judeţean pe termen de 3 ani dintre membrii Colegiului respectiv.

ART. 20. — Judecata tuturor abaterilor profesionale ale medicilor, este dată în competinţa unei Comisiuni de disciplină care va funcţiona pe lângă fiecare secţiune judeţeană.

Comisia de disciplină se compune din doi membri asesori şi un supleant numiţi pe termen de un an de Comitetul judeţean, dintre membrii Colegiului judeţean respectiv.

Comisiunea va fi prezidată de Primul Preşedinte al Tribunalului local, de preşedintele Tribunalului acolo unde nu este Prim Preşedinte, sau delegatul lor.

Toate mandatele sunt obligatorii şi onorifice.

SECŢIUNEA III

Organele centrale

ART. 21. — Organele centrale de conducere, administraţie, control şi disciplină ale Colegiului Medicilor, sunt:

a) Consiliul Superior;

b) Comitetul Executiv;

c) Preşedintele Colegiului;

d) Comisiunea de control financiară;

e) Comisiunea centrală de disciplină.

ART. 22. — Consiliul Superior se compune din 10 preşedinţi ai secţiunilor judeţene, numiţi de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

El se întruneşte cel puţin odată pe an în sesiune ordinară, în cursul lunei Noemvrie şi ori de câte ori nevoia va cere, în sesiune extraordinară, la convocarea preşedintelui Colegiului sau locţiitorului său.

Membrii Consiliului Superior vor fi înştiinţaţi cu 10 zile înainte de data adunării, prin invitaţiuni personale.

In caz când nu s'ar întruni acest termen de mai sus se poate reduce la 3 zile.

Consiliul superior este legal constituit, dacă vor fi prezenţi jumătate plus unul din membrii care îl compun.

In caz când nu s'ar întruni acest număr, Consiliul se va întruni fără vre-o altă convocare, în a şaptea zi de la data primei convocări şi va fi legal constituită cu orice număr de membri prezenţi.

ART. 23. — Consiliul Superior are următoarele atribuţiuni:

a) exercită supravegherea şi controlul practicei medicilor ca for superior;

SILANDIN

(NUME DEPUS)

SILICAT BAZIC DE MAGNEZIU

Produce desintoxicarea şi micşorarea acidităţii organismului, ameliorând peristatismul şi adsorbând gazele; deci indicat în:

INTOXICAŢIUNI prin acizi, sau produsele de putrefacţie ale albuminelor etc.
CONSTIPAŢII cronice, meteorism.
ULCER VENTRICULAR şi duodenal

AMELIOREAZĂ STAREA GENERALĂ

Ambalaj cu 100 g
„ „ 250 g

MOSTRE LA CERERE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

Hipnotic, anestezic, analgezic, antispasmodic

SEDOPON LALEUF

Fiole şi compr.

Alcaloizi totali de opiu asociaţi cu Scopolamină şi sulf. de Sparteină.

Fiole: După indicaţiuni la nevoie.
Comprimate: 1—4 comprimate în 24 ore.

Mostre medicale şi literatură la
Reprezentantul general pentru România: PAUL ILUTZA, Strada Olari No. 23 — Bucureşti IV

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS
Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII–DEBILITATE–CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI–ERITEME–ECZEME–PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE–INSOMNII–AGITAȚIE
EMOTIVITATE–TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM–ARTRITISM–OBEZITATE
GUTĂ–GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

b) examinează propunerile făcute de Comitetul Executiv şi îşi dă avizul asupra propunerilor primite din partea secţiunilor judeţene;

c) administrează averea Colegiului, aprobă bugetul întocmit de Comitetul Executiv, precum şi bugetul secţiunilor judeţene;

d) alege pe preşedintele şi membrii Comitetul Executiv;

e) desemnează pe membrii Comisiunei de control financiar;

f) fixează cotizaţiile anuale obligatorii pentru membrii Colegiului;

g) se pronunţă asupra chestiunilor de ordin material sau moral care interesează profesiunea medicală şi în măsură de ordin general cu privire la îndrumarea şi conducerea Colegiului.

ART. 24. — Comitetul Executiv se compune dintr'un preşedinte şi 4 membri.

Preşedintele Comitetului judeţean al judeţului Ilfov, este de drept preşedinte al Consiliului Superior şi al Comitetului Executiv.

Membrii Comitetului Executiv sunt aleşi prin vot pe faţă cu majoritate absolută, sau prin aclamaţii, dacă este o singură listă de Consiliu Superior, dintre membrii săi în sesiune ordinară.

Durata mandatului este de trei ani.

Comitetul nu poate lucra şi nu poate lua hotărâri valabile cu mai puţin de 3 membri, inclusiv preşedintele.

Deciziunile se iau cu majoritatea membrilor prezenţi.

Votul preşedintelui este decisiv în caz de paritate.

Comitetul ţine cel puţin 4 şedinţe pe an şi poate fi convocat de preşedinte ori de câte ori nevoia va cere.

Comitetul va avea un secretar numit la propunerea preşedintelui şi care va fi un medic.

Comitetul Executiv are drept de priveghere şi control asupra Comitetelor judeţene şi poate hotărî motivat dizolvarea lor.

ART. 25. — Membrii Comitetului Executiv cari vor lipsi de la 3 şedinţe consecutive vor fi consideraţi ca demisionaţi.

Vacanţele produse în orice mod se vor complecta de Comitetul Executiv pentru restul timpului cât durează mandatul, prin cooptarea şi sub rezerva ratificării de către Consiliul Superior la prima lui întrunire.

ART. 26. — Atribuţiunile Comitetului Executiv sunt:

a) îndeplineşte însărcinările date prin delegaţie de Consiliul Superior, iar în cazurile de urgenţă poate lua dispoziţiuni din proprie iniţiativă,, rămânând ca măsurile luate să fie supuse ratificării Consiliului Superior;

b) alcătueşte bugetul său şi-l execută în limitele aprobării Consiliului Superior;

c) acceptă legatele şi donaţiunile făcute Colegiului;

d) încheie acte şi convenţiuni necesare bunei funcţionări a Colegiului şi administrării averii acestuia;

e) editează un buletin al Colegiului, în care se vor publica şi deciziunile Comisiunii centrale de disciplină;

f) judecă apelurile şi contestaţiile împotriva hotărârilor de înscriere în Colegiu.

Această enumerare nu este limitativă.

ART. 27. — Preşedintele reprezintă Colegiul Medicilor Români în faţa instanţelor judecătoreşti şi autorităţilor administrative.

El rezolvă cererile adresate Colegiului şi semnează corespondenţa care va fi totodată contrasemnată de secretarul general.

Aprobă cheltuielile în limita delegaţiunei dată de Comitet şi ordonanţează sumele de plată.

Indeplineşte orice altă însărcinare dată de Comitetul Executiv, în limita atribuţiunilor acestuia.

Preşedinte colegiului pe tot timpul duratei mandatului său, va avea domiciliul în capitala ţării.

In lipsa preşedintelui, cel mai în vârstă dintre membri Comitetului îi va ţine locul.

ART. 28. — Comisiunea de control financiar se compune din doi membri titulari şi un supleant numit de Consiliul Superior dintre membrii Colegiului medicilor.

Durata mandatului membrilor este de 3 ani.

ART. 29. — Comisiunea centrală de disciplină se compune din 3 membri titulari şi un supleant numiţi de Comitetul Executiv dintre membri Colegiului.

Comisiunea este prezidată de un preşedinte sau un Consilier al Curţii de Apel din Bucureşti, desemnat de ministrul de Justiţie, la cererea Comitetului Executiv pe termen de 3 ani.

Mandatele prevăzute de art. 21-29 inclusiv sunt obligatorii şi onorifice.

CAPITOLUL VI

Alegeri

ART. 30. — Sunt eligibili: în Comitetul executiv şi în Comitetul de secţiune judeţeană şi pot fi numiţi în Comisiunea Centrală de disciplină: în Comisiunile de control financar şi Comisiunile de disciplină judeţene, numai medicii de religie şi etnicitate prev. de art. 3 înscrişi în Colegiul medicilor dela data înscrierii lor în Colegiu.

ART. 31. — Vor putea vota numai medicii care vor fi în regulă cu plata cotizaţiunilor anuale.

ART. 32. — Comitetele judeţene prin preşedintele lor, sunt în drept să sesize parchetele respective şi autorităţile competinte pentru urmărirea şi trimiterea în judecată a celor ce îşi vor atribui sau vor întrebuinţa fără drept titlul sau calitatea de medic, care vor practica în mod ilicit medicina, putându-se constitui partea civilă pentru daune morale sau materiale.

Prin practica ilicită a medicinei se înţelege faptul de a administra sau aplica în mod obişnuit medicamente şi tratamente, sau de a practica operaţiuni chirurgicale fără a fi medic.

ART. 33. — Membrii Colegiului care vor contraveni dispoziţiunilor privitoare la practica profesională sau care prin atitudinea lor vor lipsi dela îndatoririle firesti ale profesiunei.

Preşedintele Comitetului judeţean va desemna prin rotaţie trimestrială după numărul membrilor Colegiului judeţean pe acei membrii ai Colegiului care vor face poliţia medicală legionară.

ART. 34. — Comisiunea de disciplină este sesizată de preşedintele secţiunei fie din oficiu fie în urma unei reclamaţiuni fie în urma unei constatări făcute de poliţia legionară medicală.

Preşedintele primind reclamaţiunea însărcinează cu cercetarea cazului pe un membru din Comitet, care va asculta şi pe medicul învinuit, invitându-l pentru aceasta prin scrisoare recomandată.

După facerea cercetărilor se va încheia un raport care va fi înaintat preşedintelui.

Preşedintele pe baza raportului va decide dacă medicul învinuit, trebue trimis sau nu în faţa Comisiunei de disciplină.

ART. 35. — Şedinţele Comisiunei sunt publice.

Medicul trimis în judecată va fi citat prin scrisoare recomandată, cu cel puţin 8 zile libere înainte de termenul fixat pentru judecată.

El îşi va face apărarea înaintea Comisiunei de judecată singur.

Toate probele legale sunt admisibile în faţa Comisiunei disciplinare.

ART. 36. — Deciziunile Comisiunilor de judecată vor fi motivate şi se vor redacta în termen de 5 zile dela pronunţare.

In contra deciziunilor Comisiunilor de disciplină judeţene se poate face apel la Comisiunea centrală de disciplină în termen de 10 zile dela pronunţare.

In caz când pronunţarea s'a făcut în lipsa celui condamnat, termenul va curge dela comunicarea deciziei.

Comunicarea se va face prin scrisoare recomandată.

Apelul va fi îndreptat la Comisiunea care a pronunţat decizia şi care după

primire îl va înainta de îndată Comisiunei Centrale împreună cu dosarul.

Deciziunile Comisiunei Centrale de disciplină vor putea fi atacate cu recurs la Inalta Curte de Casaţie care va judeca şi în fond.

Recursul este suspensiv de executare.

ART. 37. — Sunt consideraţe ca abateri profesionale în special:

a) faptul de a profesa în mod obişnuit în altă parte decât în localitaea şi judeţul unde medicul este domiciliat şi înscris ;

b) faptul de a avea două sau mai multe cabinete. Se exceptează clinicile particulare şi sanatoriile;

c) atragerea clientelei prin mijloace incompatibile cu demnitatea profesională, cum ar fi: întrebuinţarea de intermediari, reclame prin ziare şi anunţuri cu conţinutul altul decât cel stabilit de Colegiu, circulări şi conferinţe cu scopuri lucrative, dichotomia.

d) faptul de a anunţa şi întrebuinţa aşa zise leacuri sau medicaemnte secrete ori de a recomanda locul de procurare a medicamentelor;

e) faptul de a uza de firma cu conţinut şi de dimensiuni diferite de cele ce se vor fixa de Comitetul Executiv;

f) atribuirea de titluri de specialist altele decât cele obişnuite şi prevăzute în legile şi regulamentele în vigoare;

g) faptul de a uza de titluri pe care nu le posedă în mod legal;

h) divulgarea secretelor profesionale fără auorizaţie legală;

i) neplata cotizaţiilor fixate de organele Colegiului.

ART. 38. — Comisiunile de disciplină vor putea pronunţa, după gravitatea faptelor, următoarele sancţiuni:

a) avertisment scris şi publicat în ziare, cheltuelile de publicare fiind suportate de condamnat;

b) interdicţia temporară a practicei medicinei dela 1 lună la un an;

c) excluderea din Colegiu cu pierderea drepturilor profesionale şi a funcţiunei publice pentru medicii care sunt fucţionari publici.

Pedeapsa cu excluderea din Colegiu se va da în cazuri de recidivă şi deadreptul în cazuri de excepţională gravitate.

d) sancţiunile dela punctul b şi c aduc ridicarea dreptului de a alege şi de a fi ales în vreuna de demnităţile profesionale pentru totdeauna.

ART. 39. — Medicii etnici evrei, de religie mozaică sau creştinaţi ca şi medicii femei de origină etnică evreiască, fie că sunt sau nu creştine sau căsătorite cu români etnici creştini sau arieni, nu sunt primiţi în Colegiul medicilor.

Pe data publicărei acestui Decret Lege ei vor fi excluşi din Colegiul Medicilor Români.

Medicii evrei vor putea provizoriu practica, în condiţiunile prevăzute de acest Capitol.

ART. 40. — Medicii dela articolul precedent vor forma o asociaţiune profesională pentru fiecare judeţ, compusă de un singur preşedinte numit de către Comitetul Colegiului Medicilor Români, judeţean respectiv, dintre medicii evrei cari au dat dovadă de pregătire şi probitate profesională.

El va funcţiona până la data rezolvării radicale a problemei evreeşti în România şi poate fi oricând revocat de preşedintele Comitetului judeţean respectiv al medicilor români creştini, fără drept de apel sau recurs.

ART. 41. — Ca atribuţiuni asociaţia profesională a medicilor evrei va avea numai pe cele înscrise la art. 2 punctul e, din prezentul decret cu putere de lege, toate celelalte atribuţiuni dela art. 2 fiind rezervate exclusiv Colegiului Medicilor Români.

Preşedintele asociaţiei profesionale judeţene a medicilor evrei este obligat să trimită lunar, la 1 ale fiecărei luni, preşedintelui Colegiului Medicilor Români, un raport cu numărul şi domiciliul medicilor respectiv.

ART. 42. — Medicii evrei (prevăzuţi la art. 40) vor îngriji numai bolnavi evrei, fie în particular, fie în sanatorii şi spitale evreeşti.

ART. 43. — Pentru a fi înscris în Asociaţia profesională a medicilor evrei, se cere acestora:

a) cătăţenia română.

b) diploma de doctor în medicină şi chirurgie şi autorizaţia de liberă practică eliberată de autoritatea în drept;

c) să fi fost înscris, la data publicării prezentului decret-lege, în Colegiul Medicilor.

d) să fi fost stabilit înainte de 1 Iunie 1919, în România;

e) să nu se găsească în vre-unul din cazurile de nedemnitate sau incompatibilitate prevăzute la art. 5 din prezentul decret.

ART. 44. — Se aplică medicilor evrei în întregime toate dispoziţiunile disciplinare, interdicţiile şi decăderile prevăzute în przentul decret-lege.

ART. 45. — Medicii evrei vor avea o carte profesională aparte, al cărui model se va fixa de Colegiul Medicilor Români, eliberată de asociaţia profesională a medicilor evrei, care va purta semnătura preşedintelui asociaţiei profesionale judeţene respective a medicilor evrei şi viza preşedintelui Comitetului Colegiului Medicilor Români respectiv.

Medicii evrei vor fi obligaţi să poarte insigna, al cărei model se va fixa de Colegiul Medicilor Români.

ART. 46. — Dispoziţiunile dela art. 9, punctele a, b şi c, din prezentul decret de punere de lege se aplică întocmai şi medicilor evrei.

Medicii evrei au dreptul să exercite medicina, în condiţiunile arătate la art. 42, numai în localitatea unde îşi au domiciliul real.

Medicii evrei nu au dreptul să exercite medicina, în staţiunile balneare sau climaterice şi nici să facă consult medical cu medicii creştini.

ART. 47. — Comisiunile judeţene şi centrele de control financiar şi de disciplină, îşi vor exercita atribuţiunile egale şi asupra asociaţei profesionale a medicilor evrei respectivi.

ART. 48. — In atribuţiunile preşedintelui Asociaţiei judeţene a medicilor evrei, intră cele prevăzute la punctul b dela art. 16 din decretul-lege de faţă.

El administrează bunurile asociaţiei, întocmeşte bugetul conform şi cu aprobarea Comisiunii de Control financiar al Colegiului judeţean respectiv al medicilor.

El aduce la îndeplinire deciziunile Consiliului Superior al Colegiului Medicilor Români.

ART. 49. — Adunarea judeţeană a asociaţiei profesionale a medicilor evrei, se face odată pe an şi anume la 15 Ianuarie, în prezenţa obligatorie a unui observator delegat de secţiunea judeţeană respectivă a Colegiului Medicilor Români şi care va fi anunţat oficial cu 10 zile libere înainte de data, ora şi locul adunării.

Observatoul delegat va putea oricând să suspende şedinţa şi să disolve adunarea, când discuţiunile contravin legilor în vigoare.

ART. 50. — Pentru gestiunea financiară a asociaţiei profesionale judeţene a medicilor evrei, este competinte numai Comisiunea de Control Financiar judeţean a Colegiului Medicilor.

ART. 51. — Pentru judecarea tuturor abaterilor profesionale ale medicilor evrei, este competinte numai Comisia de disciplină judeţeană a medicilor români.

ART. 52. — Dispoziţiunile art. 33 alin. 1, 34, 35, 36, şi 37 ale prezentului decret-lege se aplică şi medicilor evrei, însă numai prin Comisiunile de disciplină regională şi centrele ale medicilor români, creştini sau turci.

ART. 53. — Medicii evrei vor prescrie medicamente, în cadrul art. 42, numai pe reţete ştampilate cu timbru sec făcut după modelul stabilit de către Comitetul Colegiului medicilor; acest timbru va purta în mod vizibil inscripţia «medic evreu». Timbrul sec se păstrează la Colegiul medicilor, unde se face ştampilarea.

Medicii evrei vor avea firme profesionae în cadrul art. 37 punct. e, f, g, şi care vor avea în plus înscrise în mod vizibil cuvintele «medic evreu».

ART. 54. — Comisiunile de disciplină

NOU!

Chimioterapia sulfamidată
a afecţiunilor cu:

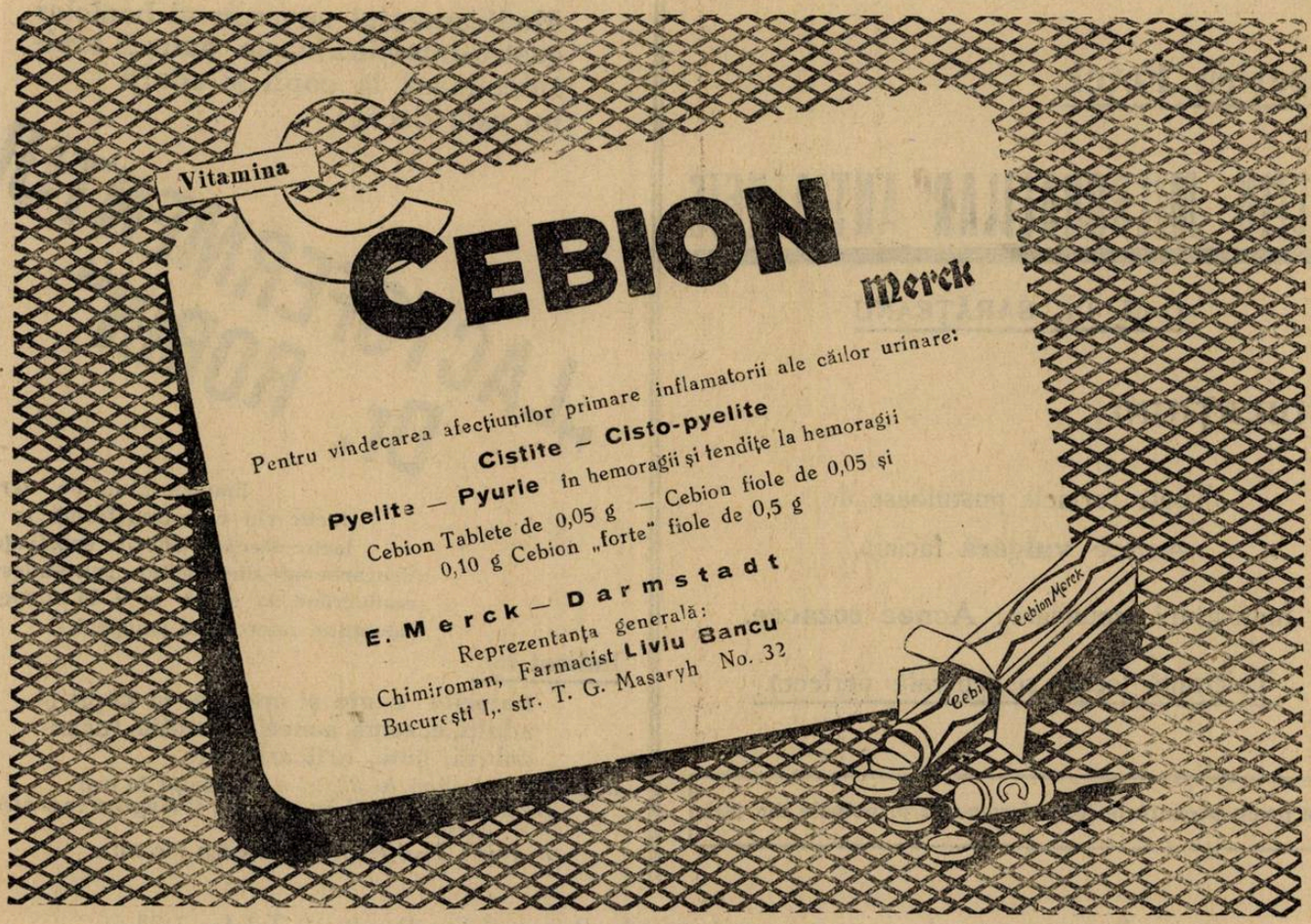
Pneumococi
Gonococi
Meningococi
Stafilococi
Streptococi

SULFORONIN

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr. Sulfanilyl-aminopiridină
Tuburi cu 24 tablete

Mostre şi literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI, Str. Cazărmei 89.



Tratamentul
ȘANCRULUI MOALE
și al complicațiilor sale:

Prin injecțiuni intramusculare
cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL Prof. Dr. NICOLAU și Dr. BANCIU
DIN SURSE POLIVALENTE DE BACILI DUCREY

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR
Este foarte bine tolerat. Nu dă șoc nici febră, permițând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate Farmaciile din țară.

Pentru literatură și eșantioane Domnii Medici se vor adresa:

Reprezentanței generale: BUCUREȘTI, Str. Regală 10. — Telefon 3.78.66.

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă la copii și adulți nu este decât:

„LACTOFERMENTUL Dr. ROBIN"

Emulsie pură de fermen lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute și cronice la copii și adulți, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Doze: *Copii până la 3 ani o linguriță la oră*
Copii dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
A dulții 3—4 linguri înaintea meselor.

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

ale Colegiului medicilor, vor putea pronunța, după gravitatea cazurilor, următoarele sancțiuni pentru medicii evrei:

a) interdicția temporară a practicei medicinii dela o lună la un an;

b) în caz de recidivă interzicerea definitivă a practicei medicinei.

ART. 55. — Medicii evrei sau asociația lor, nu vor putea edita nici un fel de reviste sau publicație științifică sau profesională; ei nu vor putea colabora la revistele științifice sau publicațiile profesionale românești sau creștine.

Deasemenea nu pot fi membri și nici asista la ședințele societăților științifice.

Dispoziţiuni finale şi tranzitorii

ART. 56. — Toate dosarele privind medicii evrei înscriși în «Colegiul Medicilor» până la publicarea acestui decret-lege, vor fi păstrate la Colegiul medicilor români.

ART. 57. — Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale va putea desvolta pe cale de regulament, articolele din prezentul decret-lege.

ART. 58. — Prin derogarea dela legile în vigoare, preluarea de către Colegiu a patrimoniului fostei Asociații a medicilor din România, hotărîtă prin legea din 17 Aprilie 1940, se va face de către Comisia interimară a Colegiului, prevăzută în art, 59 al prezentului decret-lege. Această comisie va încheia în acest sens un proces-verbal în care se va stabili patrimoniul preluat. Acțiunea și drepturile contra Asociației se vor exercita împotriva Colegiului, fără a putea depăși însă valoarea averii preluate.

ART. 59. — Timp de 6 luni dela publicarea prezentului decret-lege, atribuțiunile organelor centrale prevăzute la art. 21-27 inclusiv se exercită de către Comisia interimară instituită de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale prin decizia nr. 70345 din 5 Octombrie 1940.

Aceleași dispoziții se aplică și pentru organele regionale prevăzute la art. 12—20 inclusiv, care urmează a fi înlocuite prin Comisiuni interimare potrivit decretului-lege nr. 3476 din 17 Octombrie 1940 pentru complectarea art. 2 din decretul-lege nr. 3342 5 Octombrie 1940.

ART. 60. — Orice dispoziții din legi și regulamente contrare celor de față, sunt și rămân abrogate.

Prezentul decret-lege intră în vigoare pe data publicării lui în «Monitorul Oficial».

Dat în București, la 12 Noemv. 1940

Adaptarea învățământului medical la nevoile actuale ale țărei

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Medicina românească trece printr'o criză de desvoltare, din cauza măsurilor eroice ce s'au luat, pentru naționalizarea profesiunii medicale.

Din cei 8000 de medici ce aveam, o parte au rămas în teritoriile pierdute, iar aproximativ 3500 erau evrei cari au fost scoși din serviciile publice ce dețineau și au fost lăsați la dispoziția coreligionarilor lor, — în ceia ce privește practica profesională.

Din această cauză țara simte nevoia unui număr mult mai mare de medici români, decât acela pe care îl are în prezent.

In afară de aceasta, urmând tendința generală de ameliorare a asistenței medico-sociale a populației, organizația sanitară a Statului va avea nevoie anual, de câteva sute de medici, peste numărul celor încadrați anterior, în instituțiile publice de medicină curativă și de medicină preventivă.

In rezumat: țara are nevoe de cel puțin 5—600 medici noui, în fiecare an.

Facultățile de medicină sunt solicitate să prepare acești medici.

Din nefericire ele nu sunt utilate, în vederea unui randament atât de mare. Dintr'un explicabil scrupul de conștiință, profesorii doresc să dea o instrucție complectă elevilor lor și își dau seama că nu o pot face în actualele clinici și laboratoare, cu mult prea neîncăpătoare.

Prin urmare nu pot fi decât două soluții:

a) sau reducem numărul studenților, la dimensiunile laboratoarelor și clinicelor;

b) sau mărim așezămintele noastre, astfel ca ele să poată asigura posibilități didactice pentru un număr mult mai mare de studenți.

Prima soluție s'a încercat din anul 1928 până în prezent.

Rezultatul se cunoaște: numărul medicilor pe care Facultatea din București i-a dat, a fost foarte mic, revenind la o medie anuală de 150 doctori, cari evident nu pot acoperi nevoile curente ale regiunei pe care o deservește învățământul medical din Capitală.

Nu rămâne decât a doua soluție: mărirea clinicelor și laboratoarelor.

Această formulă cere, pentru a fi realizată, mulți bani și mult timp.

Adoptând-o imediat, începând opera de construcție cât mai curând, ea poate fi înfăptuită, în câțiva ani.

Dar nevoile sanitare ale țărei sunt urgente și ele nu pot aștepta.

De aceia trebue să luăm, pe lângă hotărîrile mari și — unele măsuri imediate, cari să ducă la sporirea randamentului Facultăților de medicină.

Prima măsură este aceia pe care o susțin de câțiva ani: mărirea numărului studenților admiși în Facultate.

Pentru a le asigura posibilități de învățământ, trebue să utilizăm la maximum laboratoarele primilor doi ani de studii. Prin sacrificii însemnate din partea corpului didactic și prin mărirea lui, — dacă se va simți nevoe, — cred că se pot realiza condițiuni convenabile de învățământ pentru un număr mai mare de studenți.

Trista experiență pe care o facem în prezent, când o parte din Laboratoarele Facultății sunt în reparație din cauza cutremurului, poate inspira noui soluțiuni tranzitorii.

Astfel, profesorii din primii doi ani de studii, au găsit adăpost în diferite instituții universitare ale Capitalei, — pentru a-și ține prelegerile și lucrările practice ale catedrelor lor.

Până când construcții noui vor da un cadru normal și posibilități suficiente învățământului medical, cred că acest sistem trebue continuat, cu un număr sporit de studenți, în condițiile grele în care funcționează acum. Sunt sigur că întreg corpul didactic va utiliza toată energia și toată ingeniozitatea de care este capabil, pentru a asigura studenților un minimum de cunoștințe, în primii doi ani de studii medicale.

Sunt convins că învățământul medical trebue să aibă un caracter practic, dela începutul până la sfârșitul studiilor. Numai astfel se vor putea câștiga cunoștințele fundamentale, fără de care este imposibilă formația normală a viitorului medic. Numai astfel se va putea desvolta spiritul de observație și se va putea asigura un mecanism de gândire științifică și o bună disciplină intelectuală, studentului de azi și medicului de mâine.

Prin urmare, utilitatea învățământului practic este recunoscută de toată lumea și asupra acestei chestiuni, — nu încape discuție.

Singura divergență este următoarea: unii sunt de părere să așteptăm condiții normale de lucru în Facultățile noastre de medicină și ulterior să mărim randamentul lor.

Alții, printre care și autorul articolului de față, credem că **nu se mai poate aștepta.**

Deci: să începem opera grea a formărei unui mare număr de medici români, în împrejurările extrem de dificile pe cari le avem în prezent.

Ca soluții imediate și tranzitorii se

pot aplica, pentru primii doi ani de studii, — cele propuse mai sus.

Pentru ceilalţi patru ani de studii, unde învăţământul clinic ocupă un loc importat credem că problema se poate rezolva mai uşor.

După concepţia curentă în toate ţările civilizate, clinicele universitare trebue să aibă un mare număr de paturi, fiind dotate cu laboratoarele de cercetări indispensabile nu numai unei activităţi ştiinţifice, dar şi bunei îngrijiri a bolnavlior.

Acest sistem de organizaţie a clinicelor, universal admis, constituie pentru noi, unul din idealurile cele mai scumpe. Din nefericire, el nu a putut fi realizat din cauza dificultăţilor financiare.

S'a făcut însă o mare greşeală : Adoptând ideia clinicelor mari, pe cari nu le-am construit, sau desfiinţat o parte din clinicele mici cari, în condiţii modeste, desfăşurau o frumoasă activitate ştiinţifică şi didactică.

De aceia, ca soluţie de moment, aşteptând marile construcţii, suntem nevoiţi să cerem reînfiinţarea clinicelor cari într'un spirit de totală neînţelegere, au fost desfiinţate prin legea din 1938.

Această propunere este cu atât mai potrivită, cu cât sporid numărul studenţior înscrişi în Facultate, ei nu găsesc în clinicele existente, spaţiul necesar pentru învăţământ.

Chiar cu un număr sporit de clinici, totuşi nu se va putea asigura un învăţământ practic serios pentru toţi studenţii înscrişi în Facultate şi cari sunt de două ori mai mulţi decât în trecut.

De aceia am propus şi Consiliul Facultăţei de Medicină din Bucureşti, a admis următoarea soluţie :

In cursul vacanţelor de vară, toţi studenţii în medicină să fie obligaţi să facă un stagiu în spitalele mari ale statului, din toată ţara.

Acest sistem este utilizat de Şcoalele Politechnice pentru elevii lor şi a dat rezultate foarte bune.

Lund contact cu D-l Prof. Dr. Virgil Nitulescu, Rector al Unicersităţei din Iaşi şi cu D-l Prof. Dr. Victor Papilian, Decan al Facultăţei de Medicină din Sibiu, — au aderat la această idee şi au decis să o aplice, cu asentimentul celor două consilii profesorale.

Expunând chestiunea Ministerului Educaţiei Naţionale, această propunere, a găsit cea mai bună primire şi imediată aprobare.

Pentru ca acest stagiu să poată fi făcut în toate spitalele statului, aveam nevoe de concursul binevoitor şi efectiv al Ministerului Sănătăţei, care ni s'a acordat imediat şi integral.

Ceva mai mult, Ministerul Sănătăţei este decis să acorde studenţilor stagiari, — casă şi masă în Spitalele Statului, — instituind astfel adevărate burse de studii.

Stagiul de două luni, în cursul verei va fi obligator pentru toţi studenţii cari nu sunt externi sau interni ai Spitalelor din Bucureşti.

Studenţii vor fi repartizaţi pentru stagiu, de preferinţă, în judeţele lor de origină.

Prin această nouă organizare a învăţământului clinic, Facultatea de Medicină, chiamă la o colaborare strânsă pe toţi medicii primari ai spitalelor din ţară.

Indreptăm, către toţi aceşti colegi ai noştri, un apel călduros de a ne ajuta în opera noastră, asigurând în Spitalelele lor, învăţământul practic al studenţilor în medicină, în cursul verei.

Cunoscând personal, pe mulţi din medicii primari de spitale, a căror activitate profesională merită toate elogiile, sunt sigur că apelul nostru va fi bine primit şi că vom putea asigura, într'o cordială colaborare, pregătirea serioasă a studenţilor noştri.

Cea mai serioasă critică ce s'ar putea aduce propunerilor noastre, este că prin aplicarea lor, se realizează o şcoala practică, având un mare randament numeric, dar fără perspective calitative.

Ceva mai mult, acest sistem de şcoală ar fi în contradicţie cu ideile curente, cari susţin, cu drept cuvânt, necesitatea cultivărei elitelor în toate domeniile vieţei spirituale.

Recunoscând valabilitatea şi seriozitatea acestei observaţii, îi vom răspunde cu toată sincertatea :

Suntem de acord că şcoala având 4-500 elevi în fiecare an de studi, — nu poate cultiva elitele. Ceva mai mult, nu este o şcoală ideală, nici pentru scopuri mai modeste.

Ea răspunde însă, unor nevoi de ordin naţional, cari *trebuesc satisfăcute imediat.*

Avantagiul formulei propuse este că o putem adopta fără să compromitem posibilităţile de desvoltare ale elitelor intelectuale studenţeşti.

In adevăr, studenţilor superior dotaţi, le rămân două direcţii în cari se pot desvolta, în raport cu însuşirile lor alese şi cu aspiraţiunile lor îndreptăţite : a) Externatul şi Internatul spitalelor din Bucreşti şi b) locurile din învăţământ, cari în conformitate cu legea în vigoare, se ocupă numai prin concurs.

Şcoala elitelor studenţeşti vor fi deci externatul şi internatul pe de oparte, locurile de preparatori şi de asistenţii în clinici şi laboratoare, pe de alta.

De fapt şi în trecut, când Facultatea avea stdenţi puţini, valorile medicale se selecţionau şi evoluau în acelaş mod.

NOTE ŞI INFORMAŢII

Normele de recrutare a personalului didactic Universitar

Comunicatul Ministerului Educaţiei Naţionale

Vechea lege a învăţământuiui superior prevedea că un candidat nu poate fi numit conferenţiar, dacă n'a făcut un stagiu ca asistent, iar profesorii universitari nu pot fi recrutaţi decât dintre conferenţiari.

Această dispoziţie lovea în elementele cu suficientă pregătire ştiinţifică, care nu puteau candida la catedrele universitare pentru că făceau parte din personalul didactic ajutător.

Examinând această nejustificată şi păgubitoare dispoziţiune, ministerul educaţiei naţionale, prin decretul lege pentru adaptarea învăţământului superior la structura Statului Naţional Legionar, a schimbat sistemul concursurilor universitare. De aici înainte nu titlurile didactice contează şi nici stagiul în corpul didactic ajutător, ci titlurile ştiinţifice. Conform nouii legi, orice doctor cu lucrări ştiinţifice poate candida la catedrele universitare.

Trecerea la ministerul Sănătăţii instituţiilor medicale pendinte de ministerul lucrărilor publice

In «Monitorul Oficial» a apărut următorul decret lege:

ART. 1. — Indrumarea, conducerea, organizarea, coordonarea şi controlul activităţii instituţiunilor medicale şi de ocrotire socială ce funcţionează pe lângă instituţiunile şi serviciile pendinte de ministerul lucrărilor publice şi al comunicaţiilor, aparţin ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

ART. 2. — Numirile delegaţiunilor şi înaintările în posturile de conducere şi ajutoarele lor, precum şi în toate posturile de medici, la aceste instituţiuni medicale, se fac de ministerul lucrărilor publice şi comunicaţiilor, numai în baza recomandării ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

ART. 3. — Dispoziţiunile privitoare la numiri şi înaintări în funcţiuni din legile de organizare a regiilor publice, direcţiunilor pendinte de ministerul lucrărilor publice şi al comunicaţiilor şi din codul funcţionărilor publici în ceeace priveşte numirile, delegaţiunile şi înaintările prevăzute de art. 2 precum şi orice alte dispoziţiuni contrarii prezentului decret-lege sunt şi rămân abrogate.

Desinfectant şi
Recalcifiant pulmonar
în Tuberculoză,
Gripă,
Bronchite,

SIROCALCIN „Sapic"

SIROCALCIN cu Efedrină

Sirop cu gust plăcut.

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN „Sapic"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături — Fiole injectabile — Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Pneumonie
Brouchopneumonie
Gripă
Profilactic după operaţiuni

PULMOSEPT „Sapic"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
dizolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
«SAPIC»
Bucureşti VI, Str. Cazărmei No. 89

INSULINA BRUNNENGRÄBER

INSUGERMAN

Fiola cu 100 n.
Fiola cu 200 n.

Subcutan, intramuscular.
intravenos !

Cutii cu 10 fiole a 100 u = 1000 n.
Cutii cu 10 fiole a 200 u = 2000 n.

ZINK PROTAMIN INSULIN

BRUNNENGRÄBER

100 n. Zink Protamin Insulin conține 100 u. Insulină, $1^1/_2$ u, Vögtlin lob. ant. hypofisă, 0,125 mg. Zink, 0,5 mg. protamină.

Fiole cu 200 u. i.
Fiole cu 400 u. i.

Numai subcutan !

Cutii cu 10 fiole a 200 u. i. = 2000 u. i.
Cutii cu 10 fiole a 400 u. i. = 4000 u. i.

Dr. CHRISTIAN BRUNNENGRÄBER

Chemische Fabrik et Co: M. B. H. Lübeck

Controlate de Comitetul German pentru Insulină.

Pentru România Dr. ALEX. RADU Str. Sofia 30, București 3.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

AMBESID

TABLETE

0,40 gr. aminobenzolsulfamidă

*

AMBESID

SOLUBIL

sulfamidă succinanilidă sodică

Tablete şi injecţii a 2 şi 5 cc.

Indicat în infecţiunile cu streptococi, meningococi, stafilococi şi gonococi.

VITAMINA A+D

XEROSTERIN

Picături: 1 cc. = 30.000 U vitamina A şi 50 U vitamina D

Tablete: 1 = 3000 U vitamina A şi 5 U vitamina D

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop: { Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore. / Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore. / Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate: { Adulţi: 5—8 în 24 ore. / Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe* Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulcerațiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

NEOLIDES

(Generatoare de oxigen şi ozon)

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulcerațiunile colului.

OVUNÉOL

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic şi glicerină.

Nu pătează. 1 ovulă seara la culcare.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

BIBLIOTECA „STRA"